D2/66-9-37 624

THE EVAN BEDFORD
LIBRARY OF CARDIOLOGY

presented to the

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS
OF LONDON

by

DR. EVAN BEDFORD, C.B.E., F.R.C.P.

MAY 1971

Mr Shuttleworth
p 360

Dr. SAMUEL ORAM
123 ALLEYN PARK,
WEST DULWICH, S.E.21.
Tel. Gipsy Hill 1700.

Letter in the File

20th November, 1961.

Dr. D. Evan Bedford,
33 Devonshire Place,
W.1.

Dear Evan Bedford,

It was kind of you to take so much trouble over the Gelineau reference.

We will approach the R.S.M. once more with full details of it and see if they can help, but if they cannot then I should very much like to avail myself of your offer. Perhaps I could come along to your rooms at some time convenient to you or your secretary and copy the relevant sections. I can read French so it would not be difficult.

I quite sympathise with your views of not being keen to lend books. I have lent ordinary text books and journals in the past and then forgotten within a few weeks who has borrowed them and, of course, many of them have never been returned.

If we are unsuccessful at the R.S.M. I will contact you again.

Yours sincerely,

Sam Oram

H. K. LEWIS & CO. LTD.
LONDON

16th Novembr, 1961

Dear Oram,

The book mentioned is Gélineau, Traité de l'Angine de Poitrine, Paris, 1887.

It is of historical interest as being one of the earliest books on angina and by the fact that Gélineau, a ship's surgeon described an epidemic of angina pectoris on the ship Embuscade occurring in 1858, and published in 1862. This epidemic was attributed partly to tobacco, but anaemia and lead colic were also likely. There are 15 pages (190-205) devoted to Tobacco Angina and p.360 onwards describe the epidemic of angina and excessive smoking. It is a reference of purely historical interest and gives early references to tobacco angina. Doubtless you have already consulted Allbutt on this.

I don't like letting our books out of my library, but my copy is at your disposal here and if you would collect it personally and not let it out of your possession, I would lend it to you, or I would make a brief abstract in English for you if you wish.

Yours ever,

Dr. Samuel Oram,
123 Alleyn Park,
West Dulwich,
S.E.21.

Dr. SAMUEL ORAM
123 ALLEYN PARK,
WEST DULWICH, S.E.21
Tel. Gipsy Hill 1700

13th November, 1961.

Dr. D. Evan Bedford,
33 Devonshire Place,
W.1.

Dear Evan Bedford,

You very kindly mentioned a book entitled "L'angine de Poitrine" by, I think, a Frenchman named Gelineau, which contained some reference to tobacco angina, when we were talking the other night at Alastair Hunter's, but the R.S.M. people have been unable to find any trace of it for my secretary.

It may be I have got the name wrong, but in any case I should be very grateful if you could give me the correct reference as it is a subject in which, at the moment, we are particularly interested.

With kind regards,

Yours sincerely,

Sam Oram

Cat
565

A. Thomson Jow.

HOMMAGE DE L'AUTEUR

DE L'ANGINE DE POITRINE

TRAITÉ

DE

L'ANGINE DE POITRINE

PAR LE

Dr GÉLINEAU

ANCIEN MÉDECIN DE LA MARINE NATIONALE

ET MEMBRE DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS SAVANTES

PARIS

ADRIEN DELAHAYE ET ÉMILE LECROSNIER, ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—

1887

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS
LIBRARY

CLASS	
ACCN.	28187
SOURCE	
DATE	3.VIII.1972

PRÉFACE

L'Angine de Poitrine est une de ces affections destinées à appeler constamment sur elles l'attention du Corps médical. Tout y contribue : la nouveauté relative de cette maladie, son début foudroyant, ses atteintes suraiguës, ses retentissements douloureux, lointains, la dépression morale profonde qu'elle exerce sur les esprits les mieux trempés, sa brusque terminaison, si souvent fatale, et enfin le voile mystérieux, mais plein d'attraits pour les chercheurs, qui recouvre encore sa pathogénie !

A diverses époques, en 1809, en 1861 et tout dernièrement en 1885, l'Académie de médecine en voyant le domaine de cette maladie s'étendre de plus en plus, ses causes s'augmenter, de nouvelles variétés se créer, ses cas se multiplier, l'a proposée comme question de concours, et chaque fois de nombreux travaux ont répondu à son appel.

Une partie du travail que nous présentons aujourd'hui avait obtenu la première mention honorable au concours ouvert l'année dernière (Prix Portal). De là nous est venue l'idée d'entreprendre une monographie complète de l'Angor Pectoris. L'occasion nous tentait, la pente était glissante ; nous l'avons suivie, et voilà comment est né ce livre !

Aussi bien, nous avons cru que le moment était favorable pour réunir en un seul faisceau, les travaux si remarquables auxquels

cette affection a donné lieu dans ces dernières années. A l'encontre de beaucoup d'autres questions qui semblent vieilles comme le monde et qui de nos jours n'excitent d'intérêt que lorsqu'elles sont agitées par les lèvres éloquentes de nos maîtres, l'Angor Pectoris a toujours appelé l'attention des praticiens et l'observation d'un cas d'angine avec sa modalité si rarement uniforme à celles qui l'ont précédée, est une bonne fortune, qu'on met rarement sous le boisseau. On s'empresse au contraire de la faire connaître au public médical. De là sans doute ces Angines de Poitrine d'allures nouvelles (Angines de Poitrine traumatiques, névritiques, hystériques, vaso-motrices, neurasthéniques, sans compter celle des nouvelles accouchées, celle qui accompagne le diabète, la maladie de Basedow, etc.), qui n'étaient pas sans doute, absolument inconnues jadis, mais qui du moins n'étaient pas classées. Si bien qu'on peut dire que les parrains de l'Angine de Poitrine, Rougnon et Heberden auraient quelque peine à reconnaître leur filleule ainsi grandie !

Eh bien, nous croyons qu'il est temps de les recueillir éparses et égarées çà et là, dans les livres où elles dormaient, ces jeunes oubliées ! Les grouper, les réunir par classes, les coordonner d'après leurs causes, leur aspect, leurs allures si diverses, et ceci fait, étudier la pathogénie de chaque groupe, sans se préoccuper à l'avance de reconnaître la même pour toutes, sans vouloir leur donner la même étiquette, en nous mettant pour y arriver l'esprit à la torture, en attendant d'y mettre celui de notre lecteur bienveillant, indiquer le traitement particulier à chaque variété, voilà ce que nous avons eu l'ambition de faire !

N'avoir qu'une théorie inflexible, absolue pour toutes les classes d'Angines de Poitrine, c'est ne pas voir volontairement un écueil, c'est exercer sur elles une tyrannie qui a pu tenter les éloquents, les savants, mais qui n'est pas permise aux humbles travailleurs dont le regard plane moins loin et voit de moins haut. Peut-être ceux-là en n'imaginant rien, en ne se passionnant point, pèsent-ils mieux et sont-ils mieux à même aussi de se prononcer ?

Hâtons-nous de le dire cependant, les grands, les puissants sont aussi des cœurs généreux et des maîtres bienveillants. Nos

professeurs (et c'est là une des gloires et un des charmes de l'École Française qui la rendent si séduisante aux yeux de tous) aiment à se mettre en communication avec ceux qui abordent un sujet difficile ; leurs notes manuscrites, leurs riches souvenirs, leur érudition, leur mémoire féconde, tous ces trésors, ils les mettent volontiers à notre disposition et ont toujours un sage conseil, un mot d'encouragement pour les travailleurs. Qu'il me soit donc permis ici d'exprimer mes sincères remerciements à Monsieur le Dr Henri Huchard, pour les importantes communications qu'il a bien voulu me faire.

Je me donnerai de garde d'oublier parmi ceux qui m'ont aidé dans mon travail, les noms du docteur Liégeois de Bainville-aux-Saules qui a remporté le prix dans la lutte académique dont nous avons parlé et celui du docteur Gauthier, de Charolles, qui a obtenu une mention honorable. L'un et l'autre ont bien voulu mettre à ma disposition leurs manuscrits récompensés par l'Académie et où j'ai largement puisé.

Si mon œuvre a quelque mérite, la plus grande part reviendra à ces noms honorés qui lui servent d'égide tutélaire.

A ceux qui nous accuseront d'orgueil pour avoir voulu récolter dans un champ moissonné déjà par ces illustres qu'on appelle Trousseau, Péter, Potain, Lancereaux, G. Sée, Landouzy, Henri Huchard, nous répondrons que le moment est opportun pour le faire. Comme en un champ clos de l'ancienne chevalerie, maintes joutes, maintes passes d'armes loyales viennent d'avoir lieu au sujet de l'Angine de Poitrine dans divers congrès et en de nombreux journaux. Chaque champion a soutenu hardiment, désespérément, hautain et inflexible la dame favorite de ses pensées, c'est-à-dire sa théorie particulière ; chacun d'eux a mis en œuvre ses meilleures armes, frappant dru sur ses adversaires. Aujourd'hui la bataille est close, mais la victoire est restée indécise ! Eh bien à présent que tous ces chevaliers intransigeants se sont retirés sous leur tente, que le calme s'est fait, que l'ardeur de la bataille s'est éteinte, que les esprits des spectateurs, prenant parti différent, se sont apaisés, le moment n'est-il pas venu de reprendre un à un leurs moyens d'attaque et de défense, de bien

peser leurs arguments et, témoin impartial, juge d'armes désintéressé, de conclure définitivement, après l'exposé des nombreuses questions qui se rattachent à l'Angor Pectoris? Nous sommes, je le crois, dans les meilleures conditions pour prononcer juste et dire vrai. C'est ce que nous avons cherché à faire, heureux de prêter notre temps, notre concours et notre plume modeste à une monographie nouvelle de l'Angine de Poitrine. La science n'est-elle pas d'ailleurs un champ où le plus humble est toujours autorisé à glaner?

DE

L'ANGINE DE POITRINE

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION — SYNONIMIE — HISTORIQUE

Définition. — Pour donner une définition de l'Angine de Poitrine, il faut en réunir et en énumérer les principaux symptômes sans chercher à en préciser la nature, les causes et le siège qui ont été l'objet de bien des controverses, et seront plus loin, de notre part, l'objet d'un examen attentif.

Nous dirons donc que l'Angine de Poitrine est une affection caractérisée en général par une douleur lancinante, d'une violence extrême, apparaissant subitement dans la région sternale, avec irradiation constante à la paroi thoracique et fréquente au membre supérieur gauche, forçant les malades à s'arrêter dans un état d'angoisse inexprimable. Nous ajouterons que dans la multitude d'affections qu'un médecin est appelé à combattre, il n'en est guère dont le spectacle soit aussi saisissant, aussi douloureux, qu'aucune ne terrasse plus violemment un malade et n'excite à un aussi haut degré ses alarmes ! Aussi peut-on dire que l'Angine de Poitrine a un cachet, une physionomie à part qui la font en général assez aisément reconnaître quand on l'a observée une seule fois.

Synonymie. — Suivant l'idée qu'ils se faisaient de son siège ou de sa nature, les médecins lui ont donné des noms différents. Ainsi Heberden, le premier, l'appela *Angina Pectoris*, Elsner, *Asthma Convulsivus*, Butter, *Diaphragmatic gout*, Parry, *Syncopa Anginosa*, Schmidt, *Asthma arthriticum*, Darwin, *Asthma dolorificum*, Stöller, *Asthma arthriticum inconstans*, Baumes, *Sternalgie*, Bréra, *Sténocardie*. D'autres l'ont nommée *Pneumo-Gastralgie*. Pas une de ces définitions établies sur des données physiologiques inexactes n'est absolument juste, mais tout le monde s'accorde cependant à désigner cette maladie sous le nom d'*Angor Pectoris* ou d'Angine de Poitrine qui lui a été donné par Heberden parce que ces noms ne font rien préjuger de sa nature et ce sont ces appellations que nous adopterons généralement aussi dans le cours de cet ouvrage.

Historique. — Aussitôt que cette affection fût reconnue comme une entité morbide, on se demanda d'une part, si les anciens auteurs ne l'avaient point connue et de l'autre, si quelques hommes illustres n'en avaient pas été victimes. Étudions-la sous ce double point de vue.

Il est certain qu'Hippocrate et les médecins grecs n'ont rien écrit qui puisse être rapporté à l'Angine de Poitrine ; on a cru pouvoir lui attribuer le passage suivant de Cœlius Aurelianus(1) « *Erosistratus memorat paralyseos genus et paradoxon appellat quô ambulantes repenté sistuntur ut ambulare non possint et tùm rursûs ambulare sinuntur.* » Mais il manque à ce tableau le symptôme essentiel, la *douleur* et l'*angoisse* qui dominent la scène et il est probable que ce médecin a eu en vue en s'exprimant ainsi, l'asthme ou les affections du cœur.

Poterius, le premier, en a tracé une description qui s'en rapprocherait davantage. « *Quœdam est respirandi difficultas quæ per intervalla deambulantibus accidit. In hàc fit prœceps virium lapsus, propinquis tenentur niti adminiculis, aliàs humi corruerent ; hi ut plurimùm de repente moriuntur.* » Ici le tableau semble exact.

M. Lartigue, dans son mémoire remarquable sur l'Angine de Poitrine, couronné par la Société de Médecine de Bordeaux, travail que nous aurons à citer bien des fois dans le cours de cet ouvrage, croit que ces paroles de Fabricius Bartelletti, au sujet d'une dyspnée « *quæ in ambulationis motu erumpens, solà quiete mites*

(1) Chron. liber II, cap. I, page 101.

cit » doivent se rapporter à l'Angine de Poitrine, mais ce symptôme est commun à trop de maladies du cœur et des poumons pour que nous l'attribuions exclusivement à cette affection.

Quant aux lignes suivantes de Baillou (livre premier de ses Consultations de médecine) « *Cauponæ Gabrieli dolores atroces ad sternum, spinalem medullam decurrentes ad scoptula operta, ad mammas, ut nec in hanc, nec in illam partem corpus flecteretur.... aliquoties eos dolores perceperat, non tamen œquè crudeles ac eos quos circà mensis novembris finem ferebat. Nulla tussis erat aut perexigua* »..., nous croyons qu'elles décrivent plutôt une névralgie intercostale qu'une Angine de Poitrine.

En réalité, il faut consulter les œuvres de Hoffmann et de Morgagni pour en trouver quelques exemples avérés. Ainsi Hoffmann en cite plusieurs observations dans son chapitre « *De Dolore cardialgico spasmodico et flatulento* » où il attribue, ce que bien des auteurs ont confirmé depuis, une influence considérable dans l'apparition du mal aux tristesses ou aux émotions morales.

Il n'est pas douteux par exemple que sa troisième observation, que nous traduisons ici, concerne l'Angine de Poitrine.

OBSERVATION I
(F. Hoffmann) (1)

Il y a trois ans environ, un gentilhomme de Livonie, conseiller d'État, me dépeignit son mauvais état de santé, implorant de moi quelques conseils. Il se plaint d'être envahi parfois d'une douleur oppressive fort cruelle et d'un spasme dans la région du cœur, mal dont il souffre depuis plusieurs années : sa souffrance débute par un refroidissement des extrémités, montant de l'hypocondre gauche à la pointe du cœur ; gagne le sternum, la poitrine, le dos et enfin s'étend jusqu'au bras gauche. La respiration devient difficile, l'inquiétude le saisit, il reste anxieux pendant l'accès et ses forces l'abandonnent.

Quoi de plus fidèle que ce tableau d'une Angine de Poitrine névropathique ? Le livre des Consultations de Hoffmann en contient un autre exemple incontestable que nous traduisons également.

OBSERVATION II
(F. Hoffmann)

Un homme septuagénaire, de constitution sanguine, souffre depuis plusieurs années déjà d'une douleur constrictive et gravative remontant du creux de l'estomac au sternum et s'accompagnant d'anxiété précordiale et d'une grande difficulté de la respiration. Ces symptômes s'aggravent avec les mouvements

(1) Hoffmann. — *Consult. et Responsion.* — Francofurti ad Menum 1734.

du corps; que le malade se promène, monte les marches d'un escalier, ou revête tout simplement ses habits, il redevient malade, en sorte qu'il évite avec soin le moindre mouvement, ne se croyant à l'abri du danger que lorsqu'il reste immobile. La suffocation ou constriction est surtout douloureuse quand le malade mange des mets flatulents ou boit de la bière, alors la douleur envahit l'estomac et la poitrine et ne diminue qu'après une abondante émission de gaz par le haut.

Un observateur comme Morgagni qui étudiait et notait avec un soin extrême les maladies de ses clients pour peu qu'elles présentassent quelque intérêt, devait assurément rencontrer plusieurs cas d'Angine de Poitrine et il est certain que ses 4me, 16e, 18e, 23e, 24e, 26e lettres ont rapport à cette affection; je me contenterai de traduire cette dernière.

OBSERVATION III
(Morgagni)

Une dame de 42 ans, mère de famille, fut pendant longues années malade de la manière suivante : aussitôt qu'elle se remuait avec trop de vivacité, elle était saisie d'une angoisse pénible dans le haut du côté gauche de la poitrine, accompagnée de gêne de la respiration et d'un engourdissement du bras gauche. Cessait-elle de se mouvoir la douleur se calmait. — Étant allée de Venise sur le continent, elle fut atteinte de son mal dans sa voiture, vers la mi-octobre 1707; quoique fort disposée à la gaieté, elle se plaignit vivement en disant qu'elle allait mourir, et elle mourut en effet subitement.

Soupçonnant un anévrisme de la courbure de l'aorte, Morgagni en fit l'autopsie. Dans les plèvres était une sérosité sanguinolente assez abondante — les poumons étaient sains mais gorgés de sang écumeux — le cœur grossi était comme endurci; l'aorte, dilatée dans sa courbure seulement, était ossifiée par plaques à l'intérieur et cette disposition à l'ossification se retrouvait depuis son origine jusqu'aux artères iliaques; les valvules semi-lunaires étaient également ossifiées — les artères supérieures et la sous-clavière ne l'étaient point cependant — les autres organes ne présentaient rien de particulier.

Il s'agit indubitablement ici de l'*Angor Pectoris* — tout nous le prouve et surtout l'autopsie.

Jusque-là cependant on n'avait pas regardé l'*Angor Pectoris* comme une maladie particulière; ce fut en 1768 seulement qu'un médecin de Besançon, Rougnon en fit une description sinon complète, du moins fort saisissante dans une lettre qu'il écrivit à Lorry en février 1768, sur les causes de la maladie et de la mort en cette ville, de M.

Charles, capitaine de cavalerie (1). L'ensemble des symptômes, la soudaineté de la mort lui parurent si extraordinaires qu'il pensa avec raison, avoir eu à traiter une maladie nouvelle, inconnue jusqu'alors ; cependant il ne songea pas à lui donner un nom particulier, il se borna à rechercher par l'autopsie la cause de la mort et crut la trouver dans l'ossification des cartilages costaux.

La publication de la lettre de Rougnon avait néanmoins éveillé l'attention des praticiens de bien des pays et quelques mois plus tard, un médecin anglais, Heberden, ayant eu l'occasion de recueillir plusieurs observations de ce mal, en fit une description détaillée et fort exacte et enfin lui donna son nom d'Angine de Poitrine ou d'*Angor Pectoris* universellement adopté aujourd'hui (2).

Ainsi, en réalité, c'est à Rougnon qu'on doit l'affirmation de cette entité morbide et à Heberden qu'on doit son appellation. De là vient que beaucoup d'auteurs modernes, dans un sentiment de reconnaissance qui les honore tous les deux et les sauve de l'oubli, donnent à l'Angine de Poitrine dans sa forme la plus grave, le nom de Maladie de Rougnon-Heberden.

C'était un pas considérable fait en avant. Aussi de tous côtés surgissent des observations nouvelles. Fothergill (3) fait imprimer deux relations extrêmement intéressantes suivies de mort. Il fait l'ouverture des cadavres et signale le premier, comme cause de la maladie, l'ossification de l'aorte et des artères coronaires. Malheureusement, ainsi qu'il en advient toujours pour les maladies nouvelles et comme l'écrivait quelque temps après, Wichmann lui-même (4). « Aussitôt qu'en ce moment, quelqu'un se plaint d'une gêne, d'une constriction de la poitrine ou d'une courte haleine, on pense tout de suite avoir affaire à une Angine de Poitrine et on écrit une observation sous ce nom. Nombre d'auteurs confondirent à cette époque-là des asthmes spasmodiques, des pneumo-gastralgies, des névralgies intercostales avec l'*Angor*, et parmi ceux-là, nous citerons Hamilton, Mac-Bride, Hooper, Johnstone, Jahn, Haygarth, etc., etc.

De leur côté, les médecins allemands, Elsner, Butter, Schoeffer étudièrent également cette maladie à laquelle ils attribuèrent une

(1) Rougnon. — Lettre à M. Lorry. — Besançon 1768, in-8°.

(2) W. Heberden. — Some account of a disorder of the breast. — *Médec. Transact.* T. II. p. 59. — 1768.

(3) Fothergill. — Case of *Ang. Pectoris* — Œuvres de Fothergill 1783.

(4) Wichmann. — Ideen zur diagnostik, 2e édition. — Hanovre 1801. — T. I, p. 143.

origine rhumatismale ou goutteuse et un siége d'élection, le diaphragme. Cette opinion était aussi celle de Halle qui, vers 1800, publia une monographie sur l'Angine de Poitrine qu'il appelle, *Asthme Goutteux*.

Parry, en 1799 (1), la regarde comme une syncope différant de la syncope ordinaire en ce qu'elle est précédée d'une grande douleur au cœur et d'une angoisse extrême, aussi l'appelle-t-il *syncopa angens* ou *anginosa*. Les causes du mal sont, d'après lui, l'ossification et l'induration des artères coronaires.

Les *Annales de la Société de Médecine pratique*, de Montpellier (octobre et novembre 1808), contiennent un travail assez étendu du professeur Baumes, qui classe cette maladie parmi les Algies et lui donne le nom de *sternalgie*, encore employé quelquefois (2).

A leur tour, les médecins italiens s'occupent de l'Angine de Poitrine, et Brera (3) fait paraître en 1810 une brochure intitulée de la *Sternocardie*, « maladie vulgairement appelée Angine de Poitrine, traduite par M. Gauthier, dans le *Journal général de Médecine*. »

En proposant en 1807, un prix pour le meilleur auteur d'un mémoire sur l'Angine de Poitrine, la Société médicale de Paris provoqua de nouvelles recherches et l'apparition de deux monographies excellentes, celle d'un médecin de Paris, Desportes, nommé depuis membre de l'Académie (4), et celle de Jurine, de Genève (5).

Nous n'avons pas à apprécier ici la valeur de la théorie de Desportes qui, le premier en France, assimila l'Angine de Poitrine aux névralgies, opinion que nous discuterons plus tard ; nous dirons seulement qu'il a profondément étudié son sujet ; son chapitre sur la symptomatologie et celui relatif au diagnostic, sont bien traités, mais le reste de l'ouvrage, imprimé en 1811, est confus et ne présente pas tout l'ordre désirable.

La monographie de son concurrent, de Jurine, imprimée seulement en 1815, est l'image fidèle de tout ce qui avait jusqu'alors été écrit sur cette maladie ; mais Jurine se garda bien d'être un compilateur vulgaire. C'était un médecin distingué, et sur les trente-quatre

(1) C. H. Parry. — An inquiry into the symptoms and causes of the syncope anginosa. — Londres, 1799.

(2) Baumes. — Recherches sur cette maladie, à laquelle on a donné les noms d'*Angina Pectoris* et de syncope angineuse.

(3) Brera. — Della sténocardia, saggio patologico. — Clinico Modène, 1810.

(4) Desportes. — *Traité de l'Angine de Poitrine*. — Paris, 1811.

(5) Jurine. — *Mémoire sur l'Angine de Poitrine*. — Paris 1815, in-8°.

observations qu'il a insérées dans son mémoire, il y en a seize qui lui sont personnelles. Son expérience était donc grande et légitime en pareille matière, aussi son livre est-il encore consulté de nos jours par tous ceux qui s'occupent de l'*Angor Pectoris*. Il regardait, lui aussi, cette affection comme essentiellement nerveuse, tout en la reconnaissant comme très féconde en complications.

Nous devons citer encore, parmi les auteurs de mérite qui se sont occupés de cette affection : Kleefeld, de Dantzic; Koutchopki, de Saint-Pétersbourg; Téallier, de Paris; Corrigan, de Dublin; Gintrac, de Bordeaux, la monographie si digne d'être citée de Lartigue, couronnée par la Société de Médecine de Bordeaux, la thèse de M. Pelagot, ancien interne des hôpitaux de Paris et beaucoup de nos anciens maîtres : Bouchut, Piorry, Valleix, Trousseau, Beau, sans compter les nouveaux : Sée, Jaccoud, Péter, Potain, Lancereaux, Perrot, Huchard, dont nous aurons à citer fort souvent les opinions et les observations cliniques dans les pages qui vont suivre.

Nous venons de passer rapidement en revue les principaux médecins qui s'en sont occupés, la notice bibliographique placée aux dernières pages de notre étude complètera ce juste tribut dû à nos devanciers, en mentionnant les monographies tout à fait remarquables parues dans ces derniers temps, sur ce sujet. Il nous reste cependant pour terminer ce qui a trait à la partie historique de l'*Angor*, à rechercher si quelques personnages illustres ont succombé sous ses atteintes avant qu'elle n'ait reçu pour ainsi dire d'Heberden, son nom de baptême.

Il n'est pas douteux pour nous que cette maladie a existé dans tous les temps et qu'elle a dû, principalement chez les lettrés, les penseurs, les nerveux, les gros mangeurs et les goutteux, faire bien des victimes. Le nombre de ces prédisposés a été trop considérable dans tous les temps pour qu'il n'en ait pas été ainsi. La violence de ses atteintes, la rapidité de la mort qui en est si souvent la terminaison ont dû, d'autre part, frapper l'attention des médecins, cela n'est pas douteux, mais on confondait jusque-là l'*Angor* avec l'asthme convulsif, la syncope mortelle, la rupture du cœur et l'apoplexie pulmonaire ou cérébrale.

Parry a cru reconnaître les caractères de l'Angine de Poitrine dans le tableau suivant, où l'illustre philosophe de l'antiquité romaine, Sénèque, dépeint la maladie dont il est atteint. (Sénèque, *Lepsii*, p. 474.)

« *Longum mihi commeatum dederat mea valetudo, repentè me invasit. Quo Genère? inquis, uni tamen morbo quasi insignatus sum : quem quare græcum nomine appellem, nescio ; satis enim aptè dixi suspirium potest. Brevis autem valdè et procellæ similis impetus est intrà horam ferè desinit. Omnia corporis, aut incommoda, aut pericula per me transierunt ; nullum mihi videtur molestiùs. Quidni ? aliud enim quid quid ægrotare est ; hoc est animam agere. Ego vero et in ipsà suffocatione non desii cogitationibus lætis ac fortibus acquiescere. Quid hoc est ? inquam !..... his et hujus modi exhortationibus tacitis (nam verbis locus non erat), alloqui me non desii ; deindè paulatum suspirium illud, quod esse jam anhelatus cœperat intervalla majora fecit et retardatum est ac remansit. Nec adhùc, quamvis desierit in naturà fluit spiritus ; sentio hæsitationem quamdam jus et moram quomodo volet dùm modo ex animo suspirem.* »

On doit le reconnaître, dans ces quelques lignes, Sénèque a énergiquement et fidèlement retracé les grands traits de cette maladie. Ce début soudain, semblable à une tempête, cette impossibilité de parler, cette concentration, ce recueillement de l'organisme courbé sous la violence d'un mal qui menace de faire rendre l'âme, cet affaissement moral pendant toute la durée de l'accès, ce calme, enfin, succédant rapidement à l'orage, ne peuvent se rapporter qu'à cette affection, et il n'est pas douteux que si Néron n'avait pas mis fin aux jours de son précepteur afin de donner libre carrière à ses goûts sanguinaires sans avoir à en redouter les reproches, même muets, la vie de Sénèque se serait terminée dans un accès suprême d'Angine de Poitrine.

Jurine, en citant les lignes relatives à la mort de Gaspard de Schomberg, écrites par Mézeray dans son abrégé de chronologie, attribue au même mal la fin de ce capitaine. « Il était travaillé de fois à autre, dit Mézeray, d'une grande difficulté de respirer. Un jour, comme il revenait de Conflans à Paris, étant près de la porte Saint-Antoine, il fut saisi tout d'un coup de ce mal et perdit la respiration et la vie. » A cette époque-là, bien plus qu'aujourd'hui (et ce n'était pas sans raison), on demandait presque toujours à l'autopsie le secret des morts subites; les chirurgiens ouvrirent donc son corps et trouvèrent « que la partie du côté gauche de cette membrane, qu'on nomme péricarde, qui enveloppe le cœur et sert comme de soufflet pour le rafraîchir était devenue osseuse. » Eh

bien, il ne nous répugne point de croire (et plusieurs observations qu'on lira plus loin confirmeront notre opinion) que l'ossification du péricarde, c'est-à-dire l'inextensibilité absolue de cette enveloppe du myocarde, pouvant faire naître des accès d'Angine de Poitrine, il est légitime de croire que Schomberg est mort de cette maladie.

Je serais d'autant plus porté à attribuer la mort de Schomberg à l'Angine de Poitrine, que son fils, devenu Maréchal de France et tout dévoué à Richelieu, mourut aussi subitement à Bordeaux et probablement du même mal en revenant d'accompagner le cardinal après l'exécution de Montmorency, à Toulouse.

OBSERVATION IV
(INÉDITE)

Le maréchal de Schomberg, après avoir, en compagnie de la Reine et du Ministre, reçu la splendide hospitalité du duc d'Épernon, en son Château de Cadillac, arriva à Bordeaux. Là, il se trouva pris tout à coup d'oppression et de douleur à la poitrine. Deux jours après cependant, il se trouva mieux, car Laporte, valet de chambre de la Reine et plus tard du Roi Louis XIV, en allant lui apporter une lettre de madame de Liancourt, sa fille, le trouva en assez bonne santé, à ce qu'il croyait, s'apprêtant à se lever pour dîner avec son neveu l'évêque d'Agen. Le maréchal pria Laporte de revenir après dîner pour recevoir une lettre de réponse à sa fille, « mais quand je fus pour la quérir, écrit Laporte dans ses Mémoires, je le trouvai mort; un abcès ayant crevé à la fin de son repas l'avait étouffé.

Cette mort alarma fort le cardinal qui résolut à l'instant de quitter Bordeaux pour aller à Blaye et de là à Brouage et à la Rochelle.

Ce que Laporte, dans son ignorance, appelle un abcès, était probablement un anévrysme de l'aorte ou une rupture du cœur; et il est fort possible que le malaise subit dont souffrit le maréchal deux jours avant de mourir était une attaque d'Angine de Poitrine précédant la rupture de l'anévrysme.

Je m'appuierai pour justifier cette opinion sur le langage tenu à la Société Médicale des Hôpitaux, le 11 décembre 1885, par M. A. Robin. D'après ce maître éminent, la rupture de l'anévrysme du cœur lorsqu'elle survient à un âge avancé (et Schomberg était âgé) est précédée souvent d'Angine de Poitrine. Ne peut-on pas admettre que son oppression et sa douleur à la poitrine de l'avant-veille étaient dues à une première attaque d'*Angor?* Cela nous semble très probable.

Dionis, chirurgien très estimé du temps de Louis XIV, a fait paraître à Paris une dissertation sur la mort subite (1709), qui est fort intéressante et où nous avons trouvé deux observations ayant trait, croyons-nous, à l'Angine de Poitrine.

OBSERVATION V

(INÉDITE)

Le 3 novembre 1707, le sieur Besnier, chef du gobelet du Roy, tomba mort en servant Monseigneur le duc de Bourgogne à son disner ; une mort si prompte étonna tout le monde. Pour en découvrir la cause je fis le lendemain l'ouverture du corps en présence de M. Bourdelot, médecin ordinaire du Roy et premier de Madame la Duchesse de Bourgogne, et de M. Duchesne, premier médecin de Monseigneur de Bourgogne.

Je trouvai la capacité de la poitrine moins spacieuse qu'elle ne doit l'être tant par la conformation naturelle que par le diaphragme qui montait très haut et qui pressait les poumons dont la substance était d'une couleur brune tirant sur le noir et embarrassée d'un sang grossier remplissant toutes les petites cavités de manière que les poumons qui doivent être spongieux étaient parenchymateux, leur substance étant assez semblable à celle de la rate. Le cœur était gros, j'en ouvris les ventricules, je n'y trouvai point de corps étrangers ; il y avait beaucoup de sang dans le droit et il n'y en avait pas une goutte dans le gauche ; le reste des parties, tant de la tête que du bassin, était bien conformé.

Il faut remarquer que M. Besnier se plaignait souvent d'*une oppression de poitrine qui l'empêchait de temps en temps de respirer librement et il était quelquefois obligé de s'arrester ou en marchant ou en parlant;* il y avait quelques médecins qui le croyaient asthmatique.

J'attribue la cause de cette mort subite à un manquement de la circulation du sang, laquelle ayant été interceptée a fait tomber la machine tout d'un coup. »

Certes, les médecins italiens trouveraient dans cette observation un argument en faveur de leur théorie de la compression du cœur par la diaphragme remontant très haut chez M. Besnier ; pour nous, cette oppression non habituelle survenue tout à coup et l'empêchant parfois de parler, de respirer et de marcher, et la mort subite sans lésions cérébrales, ne nous semble pouvoir se rapporter qu'à une Angine de Poitrine syncopale. Ce n'est pas de cette manière que meurent les asthmatiques, malades avec lesquels ont été confondus les angineux avant l'observation de Rougnon et surtout le travail académique de Desportes qui insista sur la différence existant entre l'asthme et l'*Angor*.

C'est encore à cette maladie que je crois devoir attribuer la mort du Chancelier de France, Ministre d'État à la guerre du grand Roi, je veux parler du marquis de Louvois, décédé à Versailles au mois de juillet 1691. Et pour justifier cette opinion, nous croyons intéressant d'examiner les circonstances qui accompagnèrent sa fin.

OBSERVATION VI

(INÉDITE)

Louvois était de taille ordinaire, brun, gros, replet, haut en couleur; bilioso-

sanguin, il aimait la bonne chère et était du caractère le plus violent. Très entier, il ne craignait point de parler à tous et même au Roi sur un ton très absolu. L'excès du travail, l'abus de la table, sa constitution sanguine et par-dessus tout, les mauvaises dispositions du Roi à son égard développèrent chez lui cette maladie et une scène violente éclatant entre le Roi et lui, firent apparaître l'accès suprême qui l'emporta.

Voici à quel propos survint cette mésintelligence entre Louis XIV et son ministre. Qu'on nous pardonne cette digression, mais dans l'histoire étiologique des Névroses, les influences morales jouent un rôle assez grand pour qu'on ne les dédaigne point.

Le Roi, pendant qu'il assiégeait Mons en personne avait reçu de Louvois l'assurance formelle que le Prince d'Orange était dans l'impossibilité de secourir la ville. Tout à coup il apprit que son adversaire, faisant un suprême effort, avait rassemblé des troupes et s'avançait pour secourir la place ; heureusement que les Français, dans un élan vigoureux, l'emportèrent d'assaut, mais le Roi avait craint un moment d'être forcé de lever le siège ou de livrer bataille ; c'en était trop pour ce monarque orgueilleux et lorsqu'il apprit le danger qu'il avait couru, il en fit de vifs reproches à son ministre ; mais il eût quelque temps après de nouveaux sujets de mécontentements contre lui.

Bulonde ayant, sur l'ordre de Louvois, qui n'en avait pas fait part au Roi, levé le siège de Coni, en Italie, Louis XIV en ressentit une nouvelle irritation contre son ministre de la guerre, dont le caractère brusque, impérieux et tranchant lui déplaisait de plus en plus.

L'incendie du Palatinat et le bombardement de Liége, faits sans nécessité absolue sur l'ordre formel de Louvois, bien que le Roi répugnât à des cruautés inutiles qui le faisaient détester par ses voisins et par les populations réduites à la misère, mirent le comble à l'irritation du Roi, indigné de ces procédés barbares, dont l'odieux retombait sur lui. Aussi Louis XIV, dans un conseil chez Madame de Maintenon, lui exprima-t-il sévèrement son mécontentement. M. de Louvois peu habitué à être malmené, au lieu de chercher à se justifier, répondit assez brusquement au Roi, dit M. de Luynes, dans ses mémoires, et jeta son portefeuille sur la table de Louis XIV qui, se levant brusquement, se saisit de sa canne. « Madame de Maintenon, craignant l'effet de la colère de Sa Majesté, se mit entre elle et son ministre, mais le Roi la rassura en lui disant qu'il n'avait eu nullement l'intention de le frapper. M. de Louvois se retira et le saisissement, dit M. de Luynes, lui donna la mort. »

Beaucoup de personnes crurent qu'il avait été empoisonné, entre autres Saint-Simon, Dangeau et le duc de Luynes. Une série d'anecdotes, dit M. Feuillet de Conches (annotations au journal de Dangeau), débitées solennellement et avec citations des personnes qui les ont racontées, jointes à une foule de morts mystérieuses arrivées à la Cour et attribuées également dans le public au même genre de causes, le poison, firent accepter cette version.

Notre sentiment est tout à fait opposé à cette manière de voir et nous allons démontrer que la mort de Louvois a été occasionnée

par un violent accès d'Angine de Poitrine, maladie alors inconnue et non décrite. Nous nous appuierons, pour le démontrer, sur le procès-verbal de Dionis, chirurgien de Louvois, qui fit l'autopsie du ministre et le soigna à ses derniers moments (1).

« Le 16 juillet 1691, M. le marquis de Louvois, *après avoir dîné chez lui et en bonne compagnie*, alla au conseil. » Nous venons de dire, d'après les mémoires des contemporains, la scène qui s'y passa, et on juge quelle impression violente, la colère et le geste du Roi durent produire sur un homme aussi hautain et aussi violent, venant de dîner et que la moindre contrariété mettait hors de ses gonds. Dionis, qui n'était pas lui, dans le secret des Dieux, se contente de dire qu'en lisant une lettre au Roi, il fut obligé d'en cesser la lecture se sentant *fort oppressé*. « Il voulut, dit-il, reprendre la lecture, mais ne pouvant la continuer, il sortit du cabinet du Roi, et s'appuyant sur le bras d'un gentilhomme à lui, il prit le chemin de la surintendance où il était logé. En passant par la galerie qui conduit de chez le Roi à son appartement, il dit à un de ses gens de venir me chercher au plus tôt. J'arrivai dans sa chambre comme on le déshabillait; il me dit : « saignez-moi vite, *car j'étouffe*. Je lui demandai s'il sentait de la douleur plus dans un des côtés de la poitrine que dans l'autre; il me montra *la région du cœur* en me disant; *voilà où est mon mal!* je lui fis une grande saignée en présence de M. Séron, son médecin.

« Un moment après, il me dit : saignez-moi encore, car je ne suis pas soulagé.

« M. Daguin et M. Fagon (2) arrivèrent, qui examinèrent l'état fâcheux où il était, *le voyant souffrir avec des angoisses épouvantables ;* il sentit un mouvement dans le ventre comme s'il voulait s'ouvrir (3) ; il demanda la chaise, et peu après s'y être mis, il dit : *je me sens évanouir ;* il se jeta alors en arrière, appuyé sur les bras d'un côté de M. Séron et de l'autre d'un de ses valets de chambre; il eût des râlements qui durèrent quelques minutes et il mourut.

(1) Dionis. — Dissertation sur la mort subite. Paris, 1709.

(2) Daguin, conseiller du Roi en ses Conseils d'État et privé, premier médecin de Sa Majesté, surintendant général des bains, eaux et fontaines minérales et médicinales de France, recevait 4,500 livres par an pour sa charge, plus 4,000 livres de pension. Après l'opération de la fistule de Louis XIV, il reçut une gratification de 100,000 livres. Sa rapacité était sans égale; créature de Madame de Montespan, il fatigua le Roi par des demandes incessantes pour lui et les siens. Aussi ce dernier le congédia-t-il brusquement en 1693.

Fagon le remplaça ; il était soutenu par Madame de Maintenon et avait eu soin des enfants du Roi pendant qu'elle en était gouvernante; il avait, par son influence, été nommé premier médecin des Enfants de France. Fagon tint à dater de 1693 un journal de la santé du Roi, qui ne donne pas une haute idée de son talent, et cependant, il jouissait en son temps, d'une grande considération et il était doyen de la Faculté de Médecine, mais son adresse, sa marque vis-à-vis des autres médecins la lui acquirent plus que sa science et ses agréments personnels, car il avait une figure hideuse, un accoutrement singulier, et de plus, il était asthmatique et bossu. (V. les Mémoires de Saint-Simon, notes de M. de Boislile, t. Ier, p. 382).

(3) Saint-Simon dit dans ses mémoires qu'on lui avait donné un lavement, ce qui explique ce besoin insolite dans l'Angine de Poitrine, d'aller à la garde-robe.

« On voulut que je lui appliquasse des ventouses avec scarifications (1), ce que je fis ; on lui apporta et on lui envoya de l'eau Apoplectique, des Gouttes d'Angleterre, des Eaux divines et générales ; on lui fit avaler de tous ces remèdes qui furent inutiles puisqu'il était mort, et en peu de temps, *car il ne se passa pas une demi-heure depuis le moment qu'il fût attaqué de son mal jusqu'à sa mort.* Le lendemain M. Séron vint chez moi me dire que la famille souhaitait que ce fut moi qui en fit l'ouverture ; je la fis en présence de Messieurs Daguin, Fagon, Duchesne et Séron.

« Le cerveau était dans son état naturel et très bien disposé ; l'estomac était plein de tout ce qu'il avait mangé à son dîner ; il y avait plusieurs petites pierres dans la vésicule du fiel ; les poumons étaient gonflés et pleins de sang ; le cœur était *gros, flétri, mollasse et semblable à du linge mouillé, n'ayant pas une goutte de sang dans les ventricules.*

« On fit une relation de tout ce qu'on avait trouvé qui fut portée au Roi après avoir été signée par les quatre médecins que je viens de nommer et par quatre chirurgiens qui étaient MM. Félix, Gervais, Dulestre et moi.

« Le jugement certain, écrit Dionis, qu'on peut faire de la cause de cette mort est l'interception de la circulation du sang ; les poumons en étaient pleins parce qu'il y était retenu et il n'y en a point dans le cœur parce qu'il n'y en pouvait point entrer ; il fallait donc que les mouvements cessassent, ne recevant point de sang pour les continuer, c'est ce qui s'est fait aussi et ce qui a causé une mort subite.

« M. de Louvois était, dit Dionis, menacé depuis longtemps de cette affection ; il éprouvait fréquemment des oppressions que les médecins cherchaient à combattre en lui donnant des eaux de Forges qu'il allait prendre tous les matins dans l'Orangerie où le suivaient ses commis, pour ne pas discontinuer son travail ordinaire. »

En analysant le compte-rendu de Dionis, nous remarquerons d'abord que la plupart des causes ordinaires de l'Angine de Poitrine étaient réunies chez Louvois. Il était bilioso-sanguin, replet, gros mangeur, emporté, il travaillait beaucoup, dormait peu, aimait les femmes et la bonne chère, en un mot tout ce qui accélère la circulation et active les mouvements du cœur qui devait être, vraisemblablement, son organe faible. Depuis quelque temps il était subitement oppressé. Pendant les dernières années de sa vie, il vit la confiance du Roi l'abandonner, bientôt il en reçut des reproches, lui si hautain et devant qui tout le monde pliait ; son mal dut augmenter. Enfin survint cette scène terrible où le ministre se vit ou se crut menacé par son maître. Son saisissement dût être extrême, car de ce cabinet où il venait d'entrer le front haut et altier comme un ministre tout puissant, Louvois sortit abattu, chancelant, terrassé par une douleur

(1) Il eut été bon de le faire en effet pendant qu'il souffrait et sur la région précordiale.

vive au côté gauche ; l'Angine de Poitrine éclatait pour ne plus l'abandonner. Son chirurgien, par deux saignées faites coup sur coup, ne fit qu'enrayer davantage les mouvements du cœur et favoriser le spasme du myocarde ; s'il s'était agi d'une apoplexie pulmonaire, ces saignées l'auraient soulagé en donnant de l'air au tonneau ; d'ailleurs, on eût trouvé à l'autopsie un foyer sanguin, un épanchement consécutif à la rupture des vaisseaux ; quelques crachats sanglants se seraient fait jour au dehors, il y aurait eu de la cyanose, des étouffements, une asphyxie progressive, tandis qu'on n'observa chez lui qu'une douleur angoissante, localisée à gauche ; une congestion générale des poumons, enfin la mort arriva subitement. Si les poumons étaient partout gorgés de sang, si le cœur mollasse était aplati comme un linge mouillé, c'est que l'organe s'était complétement vidé dans un dernier mouvement, dans une contraction suprême, et avait été impuissant à s'ouvrir pour recommencer ses mouvements.

Ajoutons que l'attitude de Louvois resté debout, anxieux, inquiet, demandant avec instance à voir son fils de Barbezieux et expirant avec des angoisses épouvantables en faisant un mouvement, en s'asseyant sur sa chaise, offre bien l'aspect classique de l'homme atteint d'Angine de Poitrine. Aussi nous croyons-nous autorisé à dire d'après ce que nous venons d'exposer, que c'est bien à un accès de sternalgie que doit raisonnablement être attribuée la mort de ce ministre.

De nouvelles recherches sur la mort d'autres personnages célèbres montreraient sans doute que l'*Angor Pectoris* a fait jadis plusieurs victimes inconnues. Par contre, on lui en a attribué à tort quelques-unes les premiers temps où elle fût connue, c'est-à-dire après le travail d'Heberden. Les médecins d'alors frappés par la nouveauté de ce mal étrange, redoutable dans ses effets, inconnu dans ses causes, voyaient partout des Angines de Poitrine. Ainsi on lit dans bien des livres que c'est cette maladie qui a terminé les jours de Diderot. Le grave Jurine lui-même, Lartigue et beaucoup d'autres après lui, l'ont redit à leur tour. On a même brodé sur le texte et prétendu que l'esprit original de ce charmant auteur lui avait fait accueillir avec quelques paroles de satisfaction, l'annonce qu'il était atteint d'une maladie aussi rare que celle-là. On a beau être philosophe et philosophe rêvant l'égalité..... pour les autres, on n'en est pas moins flatté de posséder une maladie qui épargne le *vulgum pecùs*.

Eh bien, dans cette occasion on a cherché à avoir plus d'esprit que Diderot, ce qui était difficile, à dire vrai, et on a complétement inventé une historiette impossible. Nous allons le démontrer preuves en main; examinons pour cela sa dernière maladie. On sait que Diderot, se plaignant (comme Jean-Jacques et bien d'autres) de ne pas être apprécié en France à sa juste valeur, témoigna le désir d'aller offrir ses remerciements à l'impératrice de Russie qui lui avait acheté et payé 15,000 francs sa bibliothèque à la condition d'en rester le bibliothécaire avec 1,000 francs d'appointements. Un sentiment de reconnaissance pour sa bienfaitrice et un peu de ce désir de voyager, de ne pas rester en place qui hante si souvent les hommes d'esprit, le conduisirent donc à Saint-Pétersbourg où il fut reçu admirablement; mais le froid rigoureux et les eaux de la Neva, altérèrent sa santé et il devint bientôt sujet à une *oppression* de Poitrine qui l'atteignait aussitôt qu'il marchait longtemps. Voilà le seul symptôme rappelant l'*Angor Pectoris*, mais de si loin que véritablement, cela ne suffit pas pour justifier l'opinion complaisamment émise par Jurine.

Le récit de sa mort (1) va achever de nous en convaincre.

« Le 19 février 1784, il fut attaqué d'un violent crachement de sang, résultat d'une fluxion de poitrine accompagnée de délire. Trois saignées, des vésicatoires, 40 centigrammes (8 grains) d'émétique et du petit lait arrachèrent à la mort ce malade qui reprochait à ses médecins « de le faire vivre avec de bien mauvaises choses. » (2)

Pendant sa convalescence il s'aperçut que ses jambes d'abord, puis les cuisses gonflaient, il consulta M. Maloet et plus tard M. Bacher qui lui appliqua des vésicatoires aux cuisses et lui conseilla des pilules qui firent disparaître l'enflure, mais aussitôt que ces pilules hydragogues étaient abandonnées, l'enflure reparaissait.

La nécessité d'habiter un quatrième et un cinquième étage l'empêchait de sortir, car l'oppression l'arrêtait à chaque marche; aussi

(1) *Mémoires sur Diderot*, par Madame de Vandeuil, sa fille.

(2) On sait que Diderot, comme beaucoup de grands hommes des siécles passés, à l'exception de Voltaire qui fut l'ami de Sénac, Tronchin, Astruc et Bouvard, aimait à se moquer des médecins. Il a dit d'eux: « Ils font leur devoir de nous tâter le pouls et de n'y rien connaître. » En face de la mort il changea d'avis, comme bien d'autres, et conçut une vive affection pour son médecin, M. Bacher, qui prolongea ses jours.

l'Impératrice, informée par M. de Grimm de cet état de choses, lui donna un superbe appartement rue Richelieu, où il se rendit.

Il se leva le 30 juillet 1784, causa toute la matinée avec son gendre et M. Bacher, son médecin, dont il goûtait fort la conversation, se fit arranger son vésicatoire qui le faisait souffrir, se mit à table, mangea une soupe, du mouton et de la chicorée et, appuyant son coude sur la table pour manger quelques fruits, toussa légèrement. Sa femme lui fit une question, il n'était plus. On le voit, rien dans ce tableau, ni douleur ni angoisse ne rappellent l'*Angor Pectoris* pendant que tout nous démontre une maladie mitrale; l'autopsie va encore nous le prouver.

Sur son désir on fit son autopsie : le cerveau était dans un état parfait, un des poumons était plein d'eau, le cœur était deux fois plus gros qu'il ne l'est d'habitude, la vésicule du fiel était sèche, vide, de matière bilieuse mais contenait vingt et une pierres dont la moindre était grosse comme une noisette. Évidemment Diderot a succombé aux suites d'une affection du cœur, mais nous ne voyons là aucun des symptômes de l'Angine de Poitrine, et sa fille qui relate tous ces détails n'aurait pas manqué de noter les affreuses douleurs accompagnant cette maladie, si son père avait eu à en souffrir.

Mieux connue de nos jours, cette maladie devient de plus en plus fréquente et elle choisit souvent pour les frapper, les hommes les plus illustres et les talents les plus distingués.

On sait qu'un des plus célèbres médecins de son époque, John Hunter, succomba pendant un accès d'Angine de Poitrine occasionné par un violent accès de colère, et il y a quelque chose de touchant dans cette remarque, que Jurine mourût également sous les atteintes de cette maladie qu'il décrivit avec tant de détails et d'exactitude que son livre est encore aujourd'hui une des meilleures monographies de l'*Angor*.

La conscience de la gravité de son état dut certainement l'émotionner plus qu'un malade ignorant et hâter le dénouement fatal.

Lord Clarendon, dans l'histoire de sa vie, fait la narration de la maladie de son père qui mourut vers le milieu du XVIIe siècle très vraisemblablement d'une Angine de Poitrine. « Il était attaqué par une douleur si aiguë dans le bras gauche pendant un quart d'heure ou à peu près que le tourment qui en résultait le rendait pâle comme la mort, et il avait alors coutume de dire qu'il avait passé par les agonies de la mort (c'est, on le voit, la même idée que Sénèque), et

qu'il mourrait dans un de ces paroxismes. Aussitôt qu'il était remis, ce qui ne tardait pas, c'était l'homme le plus gai du monde... Un jour, il fut pris de cette même douleur et mourut subitement (1).

M. Armaingaud (2), en écrivant ses deux observations d'Angine de Poitrine chez les nouvelles accouchées, confirme encore notre opinion que beaucoup de morts subites peuvent être attribuées à l'Angine de Poitrine. Cet honorable médecin fait remarquer avec raison, que dans un grand nombre de cas de morts subites, ayant lieu dans cette circonstance, la cause des décès n'a pas été éclairée par l'autopsie ; car on n'a trouvé ni embolie, ni rupture du cœur ou des gros vaisseaux, ni état puerpéral; on est donc en droit de l'attribuer à l'Angine de Poitrine.

« Tel est le cas de la duchesse de Nemours, d'une santé florissante, n'ayant jamais été malade, déjà mère de trois enfants et qui, après une nuit calme et un sommeil paisible, est frappée d'une mort foudroyante, quatorze jours après son accouchement, au château de Claremont. Elle devait se lever le lendemain, elle se coiffait, elle dit à la garde : « je me trouve mal. » Elle était morte. »

A l'autopsie faite par M. Guéneau de Mussy, aucune lésion ne fut constatée dans aucun organe et la cause de la mort est restée inconnue. N'est-il pas croyable qu'une violente attaque d'*Angor* a passé par là ?

« Pour aucun de ces faits restés sans explication (3), on n'a invoqué jusqu'à présent, écrit le Dr Armaingaud, l'Angine de Poitrine comme cause de la mort ; or, en présence des faits que je signale plus loin, il me paraît naturel de se demander si dans un certain nombre de cas de morts subites, *sinè materiâ*, il ne s'agirait pas d'un accès foudroyant de cette névralgie du cœur ?

« Dans tous les cas, en effet, dont j'ai lu la relation, la mort est survenue en l'absence du médecin et en présence de personnes étrangères à toute connaissance médicale, et de plus, c'est à la mort par syncope que les renseignements fournis par les assistants, ainsi que les circonstances de la mort et l'absence de lésion dans les cas où l'autopsie a eu lieu, ont toujours fait penser. Or, dans l'Angine de

(1) *Revue de Médecine*, avril 1883, in-8°. — Huchard. — Jurine, p. 519.

(2) Note sur l'Angine de Poitrine comme cause de la mort subite chez les nouvelles accouchées. — Dr Armaingaud, de Bordeaux.

(3) On peut y joindre la mort subite de la Princesse Bonaparte, née Mademoiselle Leblanc, nouvellement et heureusement accouchée.

Poitrine, du moins celle qui n'est pas symptomatique d'une maladie du cœur ou des gros vaisseaux, la mort arrive par syncope, et on sait d'autre part que dans l'Angine de Poitrine, la mort peut survenir dès le premier accès et que celui-ci est d'autant plus court qu'il est plus violent. »

« Un fait remarquable signalé par les auteurs qui ont relaté des cas de mort subite pendant l'état puerpéral, ce sont les pressentiments sinistres, la vague prévision d'une mort prochaine qui assiègent les malades en bonne santé, et quelques jours avant, appréhensions qui accompagnent toujours l'Angine de Poitrine. »

Pour M. Armaingaud, l'Angine de Poitrine est donc une affection relativement assez fréquente après la délivrance, pour qu'on puisse, avec quelque vraisemblance, lui attribuer une partie des cas de morts subites, c'est-à-dire *sinè materiâ*, survenant après l'accouchement.

CHAPITRE II

—

SYMPTOMES — MARCHE — DURÉE TERMINAISON

—

Les observations qui vont suivre retraceront les souffrances particulières à chaque sujet atteint de cette maladie, nous devons cependant esquisser d'une manière générale et à grands traits ses principaux symptômes.

A. — **Douleur.** — Elle a toujours été regardée comme le signe pathognomonique de cette affection ; ainsi Baumes n'envisageait pour ainsi dire qu'elle, lorsqu'il lui donnait le nom de Sternalgie. Après lui, Jurine écrivait « Sans douleur sternale, point d'Angine de Poitrine. » Consacrons lui donc quelques lignes.

Cette douleur apparaît soudainement, brutalement, derrière le sternum et à gauche de cet os. Dans l'immense majorité des cas, c'est là son siège ordinaire, mais parfois elle éclate à gauche de cet os ou à sa pointe, quelquefois en travers et comme on dit en plein cœur. Fothergill (1) a observé un cas où elle s'étendait le long d'une mamelle à l'autre. Laënnec (2) l'a vue siéger à droite mais il y avait en même temps des élancements douloureux, au côté gauche. M. Valleix (3) parle bien d'un cas où la douleur, au lieu de se faire sentir à gauche, existait à droite dans le quatrième espace intercostal, mais il n'avait évidemment à traiter qu'une névralgie dorso-intercostale de ce côté.

---

(1) Fothergill, case of *Angina Pectoris*, med. obs. V. 1775.

(2) Laënnec, *Traité de l'Auscultation*, t. III, p. 340.

(3) Valleix, des Névralgies.

La douleur n'apparaît pas toujours au début de l'accès derrière le sternum ou dans son voisinage ; le Dr Marchandon l'a vue par deux fois commencer dans le dos à la hauteur des premières vertèbres dorsales et de là se diriger vers la région précordiale. Un malade de Heberden (1) la ressentait d'abord au bras gauche, un peu au-dessous du coude, et cela arrive le plus souvent lorsque l'*Angor* est d'origine traumatique. Jurine (2) a eu à observer un cas semblable, et le sujet d'une de mes observations a présenté le même symptôme. Chez un de mes malades, Dulue, timonnier, elle a débuté à gauche dans les attaches du muscle droit ; chez Irrigoyen, gabier, elle monta de l'hypogastre au côté gauche du larynx. Chez les personnes qui ont eu antérieurement des accès de goutte ou des douleurs rhumatismales, la douleur part des points affectés jadis et s'étend de là dans la poitrine. Dans tous ces cas particuliers, la douleur devient plus vive, plus accablante à mesure qu'elle s'avance vers le cœur et c'est là qu'elle présente son maximum d'intensité.

Chaque malade a un terme particulier pour la désigner. Laënnec rapporte qu'un de ses malades croyait sentir des ongles de fer ou des griffes d'animal lui déchirer la poitrine; un de mes malades, Roudy, ardoisier, la comparait à une lance qui, projetée avec force de bas en haut, lui traversait le cœur. Quand l'accès commençait, ouvrant la bouche, fermant les yeux, une souffrance indicible peinte sur ses traits, il s'écriait « je vais mourir; » puis se taisait en proie à d'intolérables souffrances. Un autre disait qu'on lui enfonçait une épée du sternum à la gorge. Quelques-uns se plaignent d'un étranglement au pharynx, d'une boule roulant du creux de l'estomac au cœur et au larynx. Un malade de M. Gintrac (3) comparait la douleur à un bouillonnement. Le Dr Méry, médecin de la marine (4), dit que trois de ses malades ressentaient comme un fer rouge enfoncé dans la poitrine. Un des miens, M. Pinassaud, ancien militaire, disait qu'on lui lardait le cœur avec un poignard qu'on retournait ensuite dans la plaie; d'autres enfin disent que leur poitrine est serrée dans un étau, dans un cercle de fer, qu'elle est tout à fait écrasée.

Quant à la violence de la douleur, elle est extrême, indéfinissable. M. Lartigue l'appelle angoissante, Fothergill, pongitive, Smith,

(1) Heberden, méd. transact. by the colleges, etc., 1779.

(2) Jurine, mémoire sur l'Angine de Poitrine, 1815.

(3) Gintrac, *Journal de la Société de Médecine* de Bordeaux.

(4) Guérin, de l'Angine de Poitrine, thèses de Paris 1876.

lancinante et constrictive ; elle arrête les malades sur place et les jette dans un état de suffocation qui leur fait appréhender une mort imminente. Leur anxiété est semblable à celle de l'homme qui se noie cherchant à respirer quelques bouffées d'air au fond de l'eau. Ils ont conscience d'une fin prochaine et se taisent concentrés, repliés sur eux-mêmes afin de ne pas provoquer le retour de cet éclair qui les traverse et les foudroie. La plupart s'arrêtent immobiles dans la position où ils croient le moins souffrir, une de leurs mains, ordinairement, suit la douleur et s'appuie sur le cœur. Insensibles à ce qu'on dit autour d'eux, ils semblent *écouter* leurs souffrances, en redoutent le retour et en attendent la fin. La terreur est peinte sur leur figure baignée souvent de sueurs froides. Heberden cite cependant un de ses malades qui, se raidissant contre son mal, supportait la douleur sans s'en embarrasser à ce qu'il disait, mais il est probable que l'affection était moins grave chez lui que chez d'autres sujets, car j'ai vu des gens d'une grande énergie terrassés par le mal.

Chez deux de mes malades, la douleur descendit jusqu'au testicule et y occasionna des élancements très douloureux, mais sans gonflement de l'organe. Laënnec a observé également une fois de vives douleurs dans le cordon spermatique du côté droit et pendant le paroxisme, une tuméfaction notable du testicule. Gintrac a vu le gonflement du testicule gauche coïncider avec la disparition des symptômes. Chez un de mes malades, M. A..., le mal débutait dans le bras droit, Heberden et Trousseau ont noté aussi cette même origine, sorte d'aura comparable à l'aura des épileptiques. Ordinairement c'est le bras gauche que est le siège de la douleur irradiée. C'est ordinairement un élancement, une pseudo-parésie, un fourmillement analogue à celui qu'on ressent quand on se heurte le coude au point où passe le nerf cubital. Elle suit le trajet du nerf cutané interne et du nerf brachial, s'étendant du deltoïde à l'extrémité des doigts. Dans les premiers accès, cette douleur du bras fait parfois défaut.

Elle s'irradie en haut aussi bien que latéralement et en bas ; il n'est pas rare de la voir gagner le cou, la langue, les mâchoires *(plexus cervical)* et produire leur resserrement (Trousseau). Je l'ai vue faire contracter et saillir le muscle sterno-mastoïdien gauche.

Enfin on voit le pneumo-gastrique être atteint lui-même et alors se produit le pharyngisme et le sentiment de la boule hystérique qui font porter les mains des malades à leur cou. M. Ch. Liégeois, dans

son premier travail sur l'Angine de Poitrine (1), raconte avoir observé le pharyngo-œsophagisme chez un homme de quarante-cinq ans atteint, pour la seconde fois, d'Angine de Poitrine. Cet accident était tellement marqué que notre confrère et ami diagnostiqua *à priori* un œdème de la glotte; un examen plus attentif de son malade ne tarda pas à lui révéler le véritable diagnostic. Eichwald (2), du reste, avait déjà insisté sur ces troubles de la déglutition. Ceci se montre surtout chez les femmes ou les hommes névropathes. Alors apparaissent encore les nausées et les vomissements, et si la douleur s'étend au nerf phrénique, le hoquet survient (3).

La plupart des malades ne parlent pas pendant l'accès, ils font entendre une plainte analogue à celle que jette un homme plein d'épouvante et brusquement surpris; s'ils parlent, c'est à voix basse; Eichwald croit même qu'il peut y avoir aphonie et M. Liégeois dit aussi textuellement que son malade était aphone; la déglutition est imparfaite, dit Hunter. Enfin la moindre pression provoque la souffrance et la fait renaitre. Nous avons noté également chez quelques-uns de nos sujets un symptôme qui ne se présente pas toujours, c'est une constriction très forte de la base de la poitrine : le sternum semble refoulé vers la colonne vertébrale ; le diamètre de la poitrine est resserré et de temps en temps le patient cherche à l'agrandir vers la fin de l'accès par une forte inspiration ou un profond soupir ; souvent il s'incline aussi du côté gauche en appuyant la main sur le cœur, comme si cette pression pouvait, à l'instar de ce qui se passe dans quelques névralgies, diminuer l'acuité des souffrances. Les nerfs intercostaux atteints eux-mêmes, expliquent ces douleurs, celles ressenties aux apophyses épineuses des vertèbres, aux mamelons et une hypéresthésie de la région cutanée thoracique antérieure si forte qu'en la touchant on exaspère la souffrance (cas cité de M. Liégeois).

M. Bernheim (4), de Nancy, s'appuyant sur des faits de Graves (5) et des cas personnels, a avancé que dans certains cas, cette dou-

(1) Ch. Liégeois, *De l'Angine de Poitrine*, travail mis au concours en 1881 par la Société médicale d'Amiens et couronné (médaille d'or) le 8 juillet 1882. — *Revue médicale de l'Est*, neuvième année, tome XIV, n° 24, 15 décembre 1882, p. 740.

(2) Eichwald. — *Ueber das Wesen der Stenokardie*, (Würzburger méd. Zeitsch, 1863).

(3) Jaccoud. — *Traité de Pathologie interne*, 3e éd. t. I, p. 706.

(4) Bernheim. *Leçons de Clinique médicale*, p. 205, Paris 1877.

(5) R.-J. Graves. *Leçons de Clinique médicale*, traduction Jaccoud, 2me édition, t. II, p. 276, Paris 1863.

leur est peu considérable, qu'elle peut même faire défaut, et qu'alors une syncope mortelle est la seule manifestation de l'*Angor*, c'est ce qu'il a appelé l'*Angine de Poitrine fruste sans Angine*; d'accord avec M. Liégeois qui a combattu cette opinion dans son mémoire pour le prix Portal, nous avouons que cette définition où fleurit l'antithèse ne nous sourit guère; il faudrait, pour qu'elle fût vraie, que cette syncope mortelle n'eût jamais été précédée d'un accès douloureux, mais alors pourquoi serait-elle du domaine de l'*Angor*? On s'appuie, pour admettre cette variété, sur l'autorité de Parry, qui reconnaissait une Angine de Poitrine à forme syncopale *(syncopa anginosa)*, mais jamais cet auteur n'a prétendu que la syncope était tout et l'Angine rien; il a dit seulement, et avec raison, que chez certains sujets affaiblis ou déprimés, l'accès douloureux se terminait par une lipothymie mortelle. S'il en était autrement, c'est-à-dire si toutes les lipothymies ultimes non précédées d'accès d'Angine de Poitrine étaient du ressort de cette maladie, le domaine de l'*Angor* serait considérablement agrandi, indéfini pour ainsi dire.

Pour nous, nous continuerons à attribuer à la douleur le rôle principal, essentiel, c'est elle qui se déclare la première et l'angoisse dont M. Huchard lui-même fait le critérium de la maladie, n'est que sa très humble suivante.

C'est du reste ce qu'il reconnaît quand il écrit : « chez les malades qui ont eu déjà plusieurs accès francs d'Angine pectorale, la douleur au bras, accompagnée d'une sorte d'angoisse précordiale, peut constituer *à elle seule* une sorte d'accès *fruste*. »

Une irradiation douloureuse beaucoup moins fréquente et à peine signalée, est celle qui s'étend aux oreilles. Le Dr Gauthier (1), en rapporte un exemple intéressant.

OBSERVATION VII

« Une de nos clientes, âgée de 60 ans, présentant les signes sthétoscopiques de l'insuffisance aortique éprouve quelquefois des accès d'Angine de Poitrine, toujours accompagnée d'irradiations auriculaires. Il y a plus; spontanément, ces accès ne surviennent qu'à d'assez longs intervalles, mais on peut les provoquer infailliblement et à volonté par la simple introduction d'un corps étranger, d'une tête d'épingle, par exemple, dans le conduit auditif (2). Cette

(1) Dr Gauthier, de Charolles (Saône-et-Loire) mémoire honoré d'une récompense par l'Académie de Médecine, concours Portal 1885, p. 47.

(2) L'attouchement du conduit auditif provoque, chez certains sujets, un spasme respiratoire. (V. *Traité des corps étrangers en chirurgie*, par le Dr Alfred Paulet).

irradiation douloureuse auriculaire suivrait un trajet anatomique bien défini. Du ganglion supérieur du pneumo-gastrique, part en effet un rameau sensitif constant, dit *rameau auriculaire,* et bien décrit par Arnold. Ce rameau pénètre dans l'aqueduc de Fallope, chemine dans l'épaisseur de l'apophyse mastoïde, se partage en trois filets dont deux viennent se terminer dans les téguments de la paroi supérieure du conduit auditif externe et dont le troisième se rend dans la membrane du tympan.

Respiration. — Beaucoup d'auteurs prétendent que malgré l'espèce de suffocation que ressentent les malades, la respiration demeure normale et sans accélération ; cela n'est pas tout à fait exact. Jurine a noté, que bien que n'ayant aucune peine à s'accomplir, la respiration de ses malades était plus fréquente que dans l'état ordinaire, et il le prouve; dans deux observations où l'Angine était simple, le nombre des inspirations s'élève à 26 ; dans une troisième, il y avait une maladie du cœur et 23 inspirations. Dans la quatrième, il y avait coexistence d'une affection catarrhale ancienne et les inspirations s'élevaient jusqu'à 36 ou 38 par minute. Pour moi, en examinant attentivement et à nu, le thorax de mes malades, j'ai remarqué qu'ils faisaient des inspirations aussi peu profondes que possible et, comme le dit M. Huchard, il y avait chez eux apnée plutôt que dypsnée, aussi devenaient-elles bientôt plus fréquentes et leur fallait-il parfois respirer plus profondément quand la respiration costo-supérieure était insuffisante. Dans quelques cas, on a aussi observé des symptômes de congestion pulmonaire et même de l'emphysème (1), des râles sibilants ou muqueux (Bernheim, Huchard), mais cela est rare.

Circulation. — Avant Jurine, les auteurs n'étaient pas d'accord sur l'état du pouls dans cette maladie ; les uns l'avaient trouvé irrégulier, intermittent, les autres sans irrégularité ni intermittence, mais depuis la publication du mémoire du médecin de Genève, tout le monde s'accorde à dire qu'il est un peu plus fréquent et que lorsqu'il est inégal, ces irrégularités tiennent à une complication de maladies organiques du cœur ou des gros vaisseaux.

Dans ce dernier cas, les palpitations ont parfois une violence extrême, le cœur semble vouloir s'élancer hors de la poitrine et on entend à quelques pas du malade le choc de sa pointe contre les

(1) Emphysème aigu (Tuczek, arch. für Klin. Chir., t. I en cite un cas.
L. Kredel, Deutsch. Archiv. für Klin. Méd., t. XXX, 1882, deux cas.
M. Liégeois (*Revue Médicale de l'Est*, supr. cit. p. 744, note 2) un cas.

parois du thorax. Chez les sujets très impressionnables où ces lésions organiques existent, on voit parfois au contraire le pouls se ralentir et diminuer de fréquence, la respiration devenir plus rare, la figure pâlir et se couvrir de sueurs froides, les forces anéanties; on a alors à redouter une syncope ou une défaillance prochaine. M. Viguier a vu, dans ces circonstances, le pouls tomber à 40 et même à 30 (1). Enfin, M. le professeur Lancereaux a constaté chez un malade de son service, de l'inégalité dans les deux pouls. Les troubles de la circulation et de la respiration dont nous venons de parler expliquent comment on observe, chez certains sujets, au début de l'accès, le refroidissement et la pâleur des mains et du bras et plus tard leur coloration violacée. Parfois même, des symptômes identiques s'observent aux extrémités inférieures. Le pouls, a dit Schmidt (2), est généralement trouble, souvent resserré, petit, inégal, intermittent.

M. le Dr Gauthier a assisté à la mort d'une femme âgée de quarante ans, atteinte de la maladie de Corrigan, compliquée d'Angine de Poitrine. Voici ce qu'il a observé relativement au pouls: La malade eut un premier accès qui dura environ un quart d'heure, le pouls se maintint dès le début entre 50 et 60 pulsations ; le deuxième accès, survenu une demi-heure après le premier, dura vingt minutes et se termina par la mort. Pendant ce second accès, le pouls qui était au début à 70 pulsations tomba progressivement à 25 pulsations. « Il semblait qu'on assistait à l'agonie même du cœur et que le muscle cardiaque présentait pour ainsi dire une claudication progressive qui se termina brusquement par un arrêt complet. »

Trousseau (3) signale aussi la température plus élevée du bras affecté.

Digestion. — Il arrive assez fréquemment qu'à la fin de la crise surviennent des éructations sans mauvais goût ni odeur. Quelques malades s'en réjouissent, y trouvant du soulagement, ce qui se comprend, car parfois les intestins et l'estomac lui-même sont considérablement distendus. Cette distension anormale explique la dypsnée qu'on observe souvent, car le diaphragme soulevé

(1) Dans une observation de Heine (Mullers' Arch. p. 236, 1841) et dans deux observations de Canstatt, que cite Eulenburg, le cœur cesse de battre pendant quatre à six pulsations et reprend ensuite avec vigueur.

(2) Schmidt, in J. Frank, *Encyclopédie des Sciences Médicales*, t. IV, p. 453.

(3) Trousseau. *Cliniq. méd.*, t. II. p. 446.

en haut refoule les poumons. Il n'est pas rare d'observer à la région épigastrique des battements violents et une douleur que la pression de la main apaise un peu. L'accès se termine souvent par ces éructations gazeuses ou par des vomissements bilieux ou plus fréquemment muqueux. M. Lartigue a fait à ce sujet une remarque très juste, c'est que les accès se manifestent avec beaucoup plus de fréquence et de facilité le soir après le repas, alors que l'estomac est distendu par les aliments, et il répète le mot d'un malade affirmant qu'il ne serait jamais atteint s'il pouvait vivre sans manger. On cite cependant un malade (car l'Angine de Poitrine est une maladie pleine de contrastes) qui calmait son accès en mangeant.

Organes génito-urinaires. — Nous avons dit plus haut que la douleur peut retentir jusqu'au testicule. Les urines présentent les caractères de ce qu'on appelle les urines nerveuses ; elles sont claires, limpides, abondantes après les accès et les réactifs ne la précipitent pas ; Blackwall a observé chez deux de ses malades un malaise de la vessie faisant naître un irrésistible besoin d'uriner. Dans un cas relaté par M. Lartigue, le sujet s'exprime ainsi : « Toute crise, même légère, provoque le besoin d'uriner, n'y eut-il qu'un demi-verre d'urine à rendre, et cette disposition exista pendant douze ans, excepté une seule fois où elle se changea en une rétention complète d'urine qui persista quinze heures. » J'ai rencontré un fait analogue chez un de mes patients, le jeune Maneil, timonnier, qui, à la fin du premier paroxysme, chercha vainement à uriner et chez qui je dus pratiquer le cathétérisme ; le lendemain matin une nouvelle crise produisit les mêmes effets et rendit mon intervention nécessaire. M. Raige-Delorme a, de son côté, observé dans un cas un peu de strangurie (1).

Facultés intellectuelles. — Pendant l'accès l'intelligence reste nette, la violence des douleurs ne l'altère point, mais le malade est atterré et reste immobile le plus qu'il peut, sentant *en lui une pause universelle des opérations de la nature.* S'il est debout, il se cramponne avec les mains aux objets qui l'environnent ; d'autres fois il cherche à se plier doucement et s'asseoit penché sur une chaise, un meuble, le bord de son lit ; rarement il cherche à s'étendre, cette position réveillerait ses souffrances ou les augmenterait, il la redoute

(1) Raige-Delorme. — Article Angine de Poitrine, diction. en 30, t. III, 1833.

d'instinct; il ne crie point, il s'isole, ne pense qu'à lui dominé par une terreur profonde et la crainte d'une mort prochaine. Et cette épouvante l'absorbe tellement qu'on peut bien le dire, la souffrance morale dépasse la souffrance physique. En se plaignant trop fort, en s'agitant, en parlant il craindrait de voir la vie l'abandonner. C'est ce qu'a bien compris Forbes quand il écrit : « Il semble que cette douleur ait quelque chose de spécial, quel qu'en soit le degré d'intensité et qu'il s'y ajoute, si l'on peut ainsi dire, quelque chose de mental, ce qui la distingue de la douleur qui a son siège dans les autres parties du corps. »

Tant que l'accès dure, le malade ne songe qu'à une fin prochaine; diminue-t-il, il reprend espérance, mais avoue qu'il se sentait mourir, il reste abattu, craintif encore; ce n'est que peu à peu qu'il reprend courage et s'abandonne à un sommeil réparateur et nécessaire. Toutes ses fonctions recouvrent enfin leur jeu normal, la face pâlie pendant l'attaque reprend sa coloration habituelle, mais il faut encore bien des jours pour que ses préoccupations s'évanouissent et pendant longtemps le sujet gardera le souvenir de la prostration morale où l'atteinte de ce mal redoutable l'avait jeté. Trousseau, Wichmann et Jurine disent avoir vu quelques malades qui avaient un air égaré, une sorte d'extase et balbutiaient des paroles inintelligibles : cela est rare.

Début. — Nous avons tout à l'heure parlé d'aura précédant l'attaque d'Angor. Trousseau y attachait une grande importance et la comparait à l'aura de l'épilepsie. Elle est bien moins fréquente que dans cette dernière maladie; tantôt elle est désignée sensitive (douleur ou engourdissement d'un doigt ou de la main, fourmillement d'une extrémité), tantôt réflexe et motrice (baillements, besoin de s'étirer) ou esthétique (besoin de manger, goût, odeur particuliers). M. Renault, professeur d'anatomie à l'école de Lyon (1), signale comme symptôme de début d'une attaque d'Angor, l'apparition d'une sueur profuse sur les téguments du côté gauche de la poitrine, de la face et du cou. Le sujet était un homme de quarante ans, malade à la Charité en 1875. Ancien soldat du Mexique où il avait eu des fièvres intermittentes, il avait eu plus tard un rhumatisme polyarticulaire et portait une quadruple lésion des orifices du cœur; outre cela,

(1) J. Renault, Contribution à l'histoire de quelques cardiopathies d'origine anoxémique (stéatose cardiaque, Angine de Poitrine). — *Lyon-Médical*, janvier 1880.

pâle et anémique à l'excès. Chez lui, toutes les attaques étaient infailliblement précédées de sueur sur le côté gauche du corps. M. Renault pense, et il n'en saurait être autrement, que cette aura était de nature vaso-motrice, les glandes sudoripares étant commandées par des nerfs sécréteurs analogues à ceux mettant en action la sous-maxillaire.

Excepté dans les cas où il existe une maladie du cœur ou des gros vaisseaux accompagnée de dyspnée, l'Angine de Poitrine débute brusquement, en plein état de force et de santé et pendant le jour; je ne connais pas d'exemple d'une première atteinte se montrant la nuit. Nous en avons décrit les symptômes; le sujet, surpris par la vivacité de la souffrance, est moins abattu, moins prostré qu'il ne le sera plus tard; sans doute il ressent un peu de meurtrissure à la poitrine, mais il se sent dispos comme par le passé; il vaque à ses occupations ordinaires, il est heureux d'avoir échappé au danger; il sort d'un rêve affreux, comme le dit le docteur Marchandon, il sourit de nouveau au retour de sa bonne santé et ressaisit avec bonheur les rênes d'une existence qui menaçait de s'échapper. En un mot, il ne songe à son ancien mal que lorsqu'il éprouve un second paroxysme.

Cette seconde crise, comme celles qui la suivront, aura lieu la nuit aussi bien que le jour et apparaîtra surtout après le premier sommeil ou quand, après la veillée, le malade voudra monter sur son lit ou s'étendre. Dans l'intervalle des accès, l'embonpoint s'est maintenu. Si l'*Angor* est essentielle, il y aura eu entre les deux accès, un intervalle souvent considérable; ils seront au contraire assez rapprochés si l'affection est compliquée, cependant il n'y a rien de fixe à cet égard. Plus tard les causes occasionnelles se multiplient; manger précipitamment, marcher vite et surtout contre le vent, gravir un escalier, un mouvement brusque, l'excitation du coït, un accès de toux, un baillement, un éternuement, une émotion vive provoquent les accès; les malades commencent à craindre sérieusement. La santé, en dehors des accès est très bonne, mais ils sont démoralisés et se tiennent en garde contre tout exercice violent; cependant ils peuvent encore avoir une activité relative, supporter les mouvements de leur voiture, les oscillations d'un navire; mais, plus tard, la facilité avec laquelle les paroxysmes se produisent devient extrême, ils surviennent sans cause appréciable au moindre mouvement, en se levant, en se retournant dans leur lit, après leur premier sommeil, en toussant, en crachant, en allant à la

garde-robe, en s'habillant, en se mouchant, la moindre impression rappelle l'accès. Le seul fait de réfléchir à leur affection a suffi pour occasionner des accès chez un malade (thèse de M. Viguier, octobre 1873), de telle sorte que leur vie est un martyr continuel. C'est l'existence pleine d'angoisses du condamné à mort rêvant sans cesse à la guillotine. Bientôt leur violence et leur durée augmentent. Heberden cite des cas où les attaques ont duré plusieurs semaines et même plusieurs mois, mais dans ces cas il est probable, ainsi que le dit Grisolle, qu'il y avait entre les paroxysmes des intervalles de repos, car la vie ne résisterait pas longtemps à des souffrances aussi aiguës. Enfin il survient un dernier accès plus terrible qui foudroie le malade ou bien les accès se succèdent rapidement, épuisent le sujet et le font expirer au milieu de tourments atroces qu'il n'a la force ni d'accuser ni de décrire.

La mort arrive, tantôt à la fin tantôt au début de l'acces, elle est souvent foudroyante et c'est à cette maladie qu'Heberden attribue le plus grand nombre des morts subites qu'on observe chez des gens qui, soit dans leur sommeil, soit en parlant ou en marchant, s'affaissent foudroyés, surpris, terrassés par un accès terrible sans que l'autopsie puisse faire découvrir la cause de cette fin inattendue.

Marche. — Rappelons ici que Jurine avait reconnu trois périodes dans la maladie qui nous occupe : invasion subite et douleur supportable dans la première; réapparition des crises sous l'influence des moindres causes dans la seconde; mort subite ou complications de diverses affections du cœur, du poumon ou du cerveau dans la troisième. Baumes divisait en deux périodes la marche de la maladie : dans la première, la sternalgie était simple; elle était compliquée dans la seconde. M. Desportes a admis de son côté trois périodes. Dans la première, des causes puissantes déterminent des accès de peu de durée survenant pendant le jour et cessant promptement sans s'accompagner de troubles respiratoires ou circulatoires; dans la seconde, les accès éclatent indifféremment la nuit et le jour sous l'influence des causes les plus légères; leur apparition est plus fréquente, leur violence plus accusée, leur durée plus grande; dans la troisième, les symptômes morbides deviennent plus graves et conduisent à une terminaison funeste.

On le voit, dans cette division, M. Desportes ne tient aucun compte de l'état de simplicité ou de complication de la maladie et sous ce rapport elle est plus rationnelle que celle de M. Baumes qui semble ne pas admettre d'Angine compliquée dès son début, tandis que,

d'une part, cette maladie se présente d'emblée chez des personnes atteintes d'affections organiques, et que, de l'autre, il n'est pas rare de voir une Angine de Poitrine amener la mort après quelques accès sans que l'examen du cadavre révèle des altérations pathologiques. Il est, du reste, exceptionnel de voir cette affection suivre une marche régulière et les altérations organiques qui l'accompagnent ou l'occasionnent, empêchent souvent de reconnaître nettement les uns des autres, les degrés établis par les auteurs dans sa marche.

Voilà la vérité !

M. Desportes, et quelques auteurs après lui, ont prétendu que les accès pouvaient se montrer d'une manière intermittente et avec une certaine régularité, mais cela est malheureusement fort rare, je dis malheureusement parce que l'expérience a prouvé que dans toutes les affections à type intermittent, la médication était bien plus efficace et couronnée souvent d'un succès plus facile.

Durée. — Il n'y a rien de fixe à cet égard, tout dépend de la cause et de la variété d'Angine, car nous en reconnaîtrons de bien des sortes.

J'ai observé quatorze cas d'Angine de Poitrine à bord de l'*Embuscade.* Je n'ai gardé pendant quelque temps, sous mes yeux, qu'un seul de ces malades, le nommé Duluc ; il resta à bord huit mois après le premier paroxysme sans que ce dernier se renouvelât; les autres matelots qui en furent atteints, débarquèrent deux mois et demi après la première observation de sternalgie. Pendant ce court intervalle j'ai noté plusieurs récidives. Les autres en ont-ils eu ? je l'ignore, les ayant complétement perdus de vue, mais je ne le crois pas en songeant au genre de causes qui, selon moi, avaient déterminé la maladie et qui étaient particulières à la vie du bord. Chez le sujet d'une autre observation, Roudy, ardoisier, la maladie dura trois mois et demi environ; chez M. Pinasseau, garde-magasin, quinze mois. On peut dire en général que la mort arrive plus promptement lorsqu'il y a des complications cardiaques, mais rien n'est absolu à cet égard et M. Gintrac a vu, après dix ans de durée, l'Angine de Poitrine disparaître chez un de ses malades atteint d'aortite, bien que l'affection de ce vaisseau ait continué à suivre sa marche fatale. M. Huchard a recueilli de son côté plusieurs exemples fort encourageants.

On a dans la science des exemples d'une assez longue durée de cette affection. Gairdner a vu plusieurs sujets vivre de cinq à sept

ans, et il rappelle que Hunter, qui en était atteint, a vécu plus de vingt ans avec des intervalles assez longs de calme parfait. Guthrie et Walsh ont observé des cas où il y a eu une distance de vingt-quatre et de vingt-cinq ans entre le premier accès et le second. Nous connaissons personnellement un malade de M. le Dr Papillaud, qui a eu son premier accès en 1866 et qui vit encore aujourd'hui en 1886, ne souffrant plus de la maladie qui le terrifiait jadis.

En général, la durée de l'affection dépend beaucoup de sa cause et de sa nature; l'Angine de Poitrine névralgique et névrosique peut durer très longtemps en faisant beaucoup souffrir; l'Angine de Poitrine, par cause organique, dure infiniment moins, occasionne des douleurs moins bruyantes et est bien plus souvent inexorable. La lecture de ce livre fera bien comprendre cette diversité d'allure et de terminaison. Gardons-nous cependant de nous endormir dans une fausse sécurité, bien que Desportes cite un malade qui en a souffert pendant vingt ans; laissons les malades se croire à l'abri de toute atteinte parce qu'ils sont restés longtemps indemnes. En réalité la mort les menace toujours et ils peuvent succomber au moment où ils s'y attendent le moins; aussi, est-ce un devoir pour le médecin de prévenir la famille de ce dénouement possible.

Le nombre des accès est excessivement variable et dépend de la nature de l'Angine de Poitrine et de sa cause; quelques malades meurent après trois ou quatre, d'autres vivent encore très longtemps et, dans ce cas, particulier aux hystériques ou aux neurasthéniques, les paroxysmes deviennent pour ainsi dire subintrants, de trois à six, si bien qu'à la fin de l'année leur nombre s'élève à vingt, trente, soixante, cent, deux cents, trois cents (Dr Rigal) (1), puis ils disparaissent pendant un long espace de temps pour éclater quand rien ne le présage et emporter enfin le sujet. Chez quelques personnes, cependant, la guérison a paru définitive, ainsi qu'on l'observe fréquemment dans les Angines névrosiques et même dans les cas les plus graves depuis que la thérapeutique s'est enrichie d'armes nouvelles contre ce mal.

Le premier accès annonçant l'invasion du mal est souvent très court, quelquefois unique. Plus tard, cette durée augmente surtout chez les névrosiques; on en a vu persister d'une heure à cinq ou six heures et même huit heures (Desportes).

(1) Dr Rigal. — Cité par le Dr Huchard dans sa leçon sur l'Angine de Poitrine, Hôpital Bichat, mai 1866.

Terminaison. — La mort, l'amélioration ou la guérison, telles sont, dit M. Lartigue, les terminaisons ordinaires de l'Angine de Poitrine. Pour moi, je ne comprends pas qu'il ait regardé la seconde comme possible; dans une affection de ce genre où le mal est instantané et disparaît avec la même soudaineté qu'à son origine, l'amélioration n'est qu'un état transitoire: mourir ou guérir sont les deux seules fins possibles de la maladie, il n'y a point de moyen terme.

Pour les anciens auteurs, la mort était de beaucoup la terminaison la plus fréquente. Forbes a compté quarante-neuf issues fatales sur soixante-quatre cas d'*Angor Pectoris*, les six huitièmes des malades auraient donc succombé.

M. Lartigue est un peu moins pessimiste; sur dix-huit cas la mort est survenue treize fois et la guérison cinq fois.

La mort a eu lieu au bout de deux mois et demi .	1 fois.
De trois à quatre mois	1 —
De six mois.	1 —
De deux ans	2 —
De trois ans.	2 —
De cinq à six ans.	2 —
De six à sept ans.	1 —
De huit ans. . , ...	1 —
De dix ans	1 —
De dix-sept à dix-huit ans.	1 —
La guérison est survenue dans les cinq cas.	
Après quelques mois	3 fois.
Après vingt mois.	1 —
Après deux ans	1 —

Ainsi que je l'ai dit plus haut, il est rare que le patient succombe pendant l'accès ; c'est au début de l'un d'entre eux qu'il est subitement foudroyé ; le plus souvent, surtout quand il y a complication cardiaque, les accès se multiplient, se rapprochent, le malade se plaint sans cesse, il n'a plus d'intervalles de repos et il meurt épuisé, à bout de souffrances, incapable de les supporter plus longtemps.

Cette gravité extrême de l'Angine, reconnue telle par la plupart des auteurs, m'avait, pendant plusieurs années, empêché de publier les observations recueillies à bord de l'*Embuscade*, bien qu'à cette époque-là (de 1854 à 1864) et même longtemps après, la théorie régnante qui faisait de cette maladie une Névralgie du cœur, les mît

à l'abri de toute critique et justifiât cette proportion heureuse de succès. Le même genre des causes déprimantes, agissant sur une agglomération d'hommes fatigués et débilités pendant plus de trois ans avaient déterminé ce nombre considérable de cas d'*Angors;* mais à notre arrivée en France, le repos, le sommeil tranquille, les aliments frais et réparateurs en abondance, un travail modéré, l'absence d'humidité, la satisfaction morale de retrouver patrie, famille, amis, toutes ces conditions de bien-être succédant à tant de privations, devaient les faire disparaître sur place et c'est ce qui eut lieu. Mais il n'est pas douteux que si mes malades avaient eu à supporter un mois encore les intempéries, l'excès de fatigues et la disette d'aliments frais, nous aurions eu des pertes graves à supporter, et la preuve de la vérité de ce que j'avance, c'est la suspension de la maladie pendant les jours qui suivirent notre relâche à Sainte-Hélène et sa réapparition lorsque l'influence salutaire de ce temps de repos et de bien-être s'éteignit.

Nous avons donc le premier fait brèche à cette opinion qui avait cours dans la science, que l'Angine de Poitrine était nécessairement et presque toujours mortelle. On regardait jadis comme des cas heureux ceux où la sternalgie alternait avec des accès de goutte, de gastralgie, de sciatique, de migraine, et ceux aussi où quelque maladie venait opérer une diversion favorable (érysipèle aux pieds) (1), apparition spontanée d'un flux hémorrhoïdaire et écoulement ichoreux par l'anus (2). Mais depuis quelques années une foule d'auteurs sont venus prouver que la mort n'était pas la terminaison inévitable de l'*Angor*, et chacun a cité des faits heureux à l'appui. Parmi ceux-là nous devons citer Beau, Axenfeld, Lartigue, Gintrac, Piorry, Bouchut, et dans ces derniers temps, MM. Marie, Lancereaux, Landouzy, G. Sée et Huchard, qui ont largement combattu l'ostracisme fatal qui nous faisait jadis condamner les angoreux (3).

PHÉNOMÈNES TERMINAUX DE L'ACCÈS

Existe-t-il des phénomènes critiques présageant l'heureuse terminaison de l'accès ? Oui, surtout quand il s'agit de certaines variétés d'*Angor Pectoris*, et il est rare que quelques-uns de ceux que nous

(1) Spring, *Traité des accidents morbides*, p. 462, T. I.
(2) Schmidt (*Médecine commentaire*, Edimbourg, 1791, vol. 5, p. 97.)
(3) Huchard, *Revue de Médecine* 1883, p. 479.

allons énumérer d'après M. Liégeois (1), ne l'annoncent point. Ce sont des vomituritions et d'abondantes évacuations gazeuses (Watson), une explosion de vents (Fothergill), une toux suivie de crachats muqueux (J. Frank), et comme je l'ai observé moi-même et l'ai dit plus haut, de la strangurie (Raige-Delorme), du malaise vésical (Lartigue), un besoin irrésistible d'uriner, (Axenfeld), un gonflement notable des testicules (Elie Gintrac), une névralgie iléo-serotale (Axenfeld), la lenteur et la profondeur des inspirations (G. Sée), une sensation douloureuse dans la région du cœur (Fothergill, Liégeois, Huchard) avec ou sans dilatation de cet organe, l'accélération, l'irrégularité (Fothergill, Frank), ou le ralentissement extrême (40, 30 pulsations), (G. Sée), des contractions cardiaques et des fourmillements dans les doigts.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans l'immense majorité des cas, l'autopsie fait découvrir des lésions du cœur, de ses vaisseaux, de ses nerfs, de son enveloppe ou des organes voisins.

En étudiant le chapitre des causes et en citant de nombreuses observations à l'appui de chacune d'elles, nous entrerons dans des détails précis sur les désordres observés après la mort et sur les cas où ces recherches ont été négatives. Le faire ici serait fatiguer inutilement le lecteur; cependant nous croyons à propos de rechercher la proportion existant entre les diverses lésions révélées par l'autopsie chez des individus morts de cette maladie.

M. le Dr Gauthier s'est livré à cette étude dont il eut l'idée, il y a plus de dix ans, en sortant d'une leçon faite à l'hôpital de la Charité par M. G. Sée, dans laquelle le savant professeur rattachait tous les symptômes de l'Angine de Poitrine à une ischémie cardiaque.

A cette époque, M. Gauthier choisit cent soixante observations complètes puisées parmi divers auteurs et présentant les conditions indispensables pour pouvoir établir une statistique sérieuse. Dans chacune d'elles les lésions avaient été soigneusement notées.

Depuis ce moment-là, M. Gauthier a enregistré avec soin tous les

(1) Dr Liégeois. — Mémoire couronné par la *Société Médicale d'Amiens*. — *Revue Méd. de l'Est*, 16 décembre 1882, p. 743.

cas qu'il a observés dans sa clientèle, ces cas se sont élevés à douze, dont un suivi d'autopsie, ce qui porte le total de ses observations à cent soixante-douze, dont soixante-dix avec autopsies. Or, voici comment se répartissent, dit-il, les différentes lésions trouvées à l'autopsie :

1°	Altérations des artères coronaires seules ou accompagnées d'autres lésions du cœur ou des gros vaisseaux qui en partent		38 fois
2°	Insuffisance aortique *(aortite sigmoïdite)*	12	17 —
3°	Anévrysme de la crosse de l'aorte	5	
4°	Surcharge et dégénérescence graisseuse du cœur		4 —
5°	Hypertrophie, dilatation		4 —
6°	Péricardite		3 —
7°	Suppuration du médiastin		1 —
8°	Altération seule du foie		1 —
9°	Autopsies tout à fait négatives		2 —
	Total		70 obs.

Quelques années plus tard, M. Huchard est arrivé de son côté (Voir la *Revue de Médecine*, avril 1883, p. 293), à des résultats presque identiques. Ainsi, sur soixante-douze observations, il a relevé :

Altérations des artères coronaires	38 fois
Altérations de l'aorte	17 —
Dégénérescence graisseuse du cœur	3 —
Péricardite	3 —
Pleurésie purulente	1 —
Lésion du foie	1 —
Autopsies négatives	2 —
Total	72 obs.

CHAPITRE III

—

ETIOLOGIE

—

Fréquence. — Si toutes les causes mises en avant pour expliquer la production de l'Angine de Poitrine étaient aussi puissantes qu'on veut bien le dire, le genre humain presque en entier serait sténocardiaque, dit M. Gauthier (1), car, pour ne parler que des buveurs, des fumeurs, des goutteux, des hystériques et des hypocondriaques, qu'on accuse d'être plus particulièrement exposés aux atteintes de la maladie, on voit que ces cinq groupes forment déjà un contingent très respectable, nullement en proportion avec la rareté de l'Angine. Il y a, en effet, bon nombre de médecins qui arrivent à la fin de leur carrière sans avoir eu à traiter un seul cas d'Angine de Poitrine. Nous devons ajouter cependant que depuis que nous approchons de la fin de notre siècle dont la caractéristique maladive est le Nervosisme et les affections du Cœur, le syndrome qui nous occupe se présente bien plus fréquemment à l'observation. Jadis, on ne le rencontrait guère que dans la pratique civile, tandis que chaque année, les Professeurs des Hôpitaux trouvent l'occasion de faire au lit de leurs malades, d'excellentes leçons sur cette maladie fort intéressante. Nous pouvons donc affirmer hautement que depuis une dizaine d'années l'*Angor Pectoris* a certainement doublé de fréquence, et l'étude approfondie des causes qui y prédisposent justifiera aisément cette extension.

---

(1) Dr Gauthier, de Charolles (Saône-et-Loire). (Mémoire honoré d'une mention, Prix Portal 1885).

Sexe. — Les praticiens sont unanimes à reconnaître que les femmes sont plus rarement atteintes que les hommes d'Angine de Poitrine. Ainsi, John Forbes, sur quatre-vingt-huit malades, a compté quatre-vingts hommes, et Lartigue, sur soixante sujets, a vu que sept femmes seulement avaient eu à en souffrir. Deux auteurs seulement font exception à cette opinion, le Dr Gauthier, de Charolles, et le Dr Papillaud. Dans un mémoire sur cette maladie, couronné par la Société de Médecine d'Anvers, ce dernier médecin, en vantant l'efficacité du traitement de l'Angine de Poitrine par l'arsenic et le bromure de potassium, cite quatorze observations qui toutes, à l'exception de trois, ont des femmes pour sujets. Cette proportion est réellement extraordinaire, mais l'examen approfondi de cette brochure démontre facilement, qu'à l'exception d'une marchande buraliste, chez qui l'aspiration incessante d'un air chargé de fumée de tabac a déterminé les symptômes d'un *Angor Pectoris* grave et de trois autres femmes atteintes de désordres organiques du cœur et par conséquent prédisposées à ce mal, les autres observations du Dr Papillaud concernent des Angines névrosiques fort douloureuses, mais ne présentant point de caractères graves, ce que confirment du reste, l'amélioration et la guérison de ces malades, leur âge et l'absence de toute issue fatale.

M. Gauthier (1), sur douze observations d'Angine de Poitrine, qui lui sont particulières, en a recueilli sept sur des femmes ; c'est également, une circonstance exceptionnelle, et il le reconnait lui-même ; en effet, sur soixante-cinq cas suivis d'autopsies où le sexe est mentionné, il n'a trouvé que sept cas se rapportant à des femmes, tandis que la proportion semble la même dans les deux sexes pour les Angines de causes non organiques. On s'est demandé pourquoi dans sa forme la plus grave, elle épargne généralement les femmes?

Desportes et Lartigue ont donné, de cette exception, deux explications assez plausibles.

D'après le premier, cette affection n'apparaissant d'habitude que de quarante à cinquante ans, la femme s'en trouve à peu près préservée, parce qu'à cet âge s'opère chez elle une transformation définitive ; tout le travail actif de la nature se porte du côté de l'utérus et c'est de ce côté-là presque exclusivement, que s'élèvent des orages menaçants pour son existence. De son côté, M. Lartigue

(1) Mémoire cité *suprà*.

fait remarquer que l'Angine de Poitrine étant souvent une complication de la goutte ou du rhumatisme, elle doit épargner les femmes qui y sont infiniment moins exposées que nous.

A ces explications j'en ajouterai une autre, c'est qu'accompagnant fréquemment les affections du cœur, l'*Angor Pectoris* doit être plus rare chez les femmes qu'un genre de travail moins pénible, une existence moins tourmentée que la nôtre, une lutte pour la vie moins ardue, et aussi des passions moins vives, préservent mieux que nous. Enfin leur sobriété habituelle, leur éloignement pour les liqueurs fortes et le tabac sont autant de causes singulièrement capables de les en mettre à l'abri, ainsi que nous le démontrerons plus loin.

Age. — L'Angine de Poitrine est rare avant vingt-cinq ans ; elle devient plus commune de quarante à cinquante et acquiert son maximum de fréquence de cinquante à soixante ans. Forbes, sur quatre-vingt-quatre observations a trouvé soixante-douze personnes ayant dépassé cinquante ans. Lartigue, sur soixante-cinq observations empruntées à divers auteurs, a trouvé qu'un cas avait été observé à dix-sept ans, un à vingt et un, un à vingt-cinq et un à vingt-neuf. De trente à trente-cinq ans il a compté six cas, deux à quarante, onze de quarante et un à cinquante, vingt-cinq de cinquante et un à soixante, treize de soixante et un à soixante-dix et quatre de soixante et onze à soixante-dix-sept ans.

M. Gauthier (mémoire cité), sur un relevé de cent soixante-douze cas a noté cette maladie :

De dix à vingt ans.	4 fois
De vingt et un à trente ans	15 —
De trente et un à quarante ans	20 —
De quarante et un à cinquante ans	34 —
De cinquante et un à soixante	54 —
De soixante et un à soixante-dix.	35 —
De soixante et onze à quatre-vingts. . . .	8 —
Total.	172 cas.

Hamilton, MM. Homolle et Bourdin disent bien avoir observé chacun un cas d'Angine de Poitrine sur des enfants en bas-âge, mais nous devons faire remarquer qu'à un âge aussi tendre, le diagnostic est loin d'être assuré, le malade n'exprimant pas ce qu'il

ressent et l'*Angor Pectoris* pouvant être facilement confondue avec l'asthme de Millar ou le spasme de la glotte de Koop.

A une époque un peu plus avancée de la vie, la sternalgie est rare mais peut se rencontrer. Ainsi le *Paris Médical* (année 1880, p. 298), relate l'observation suivante recueillie par un interne de l'hôpital des Enfants Malades, M. Juhel Renoy.

OBSERVATION VIII

La nommée X..., âgée de dix ans et demi, entrée le 14 décembre 1879, salle Sainte-Catherine, numéro 20, dans le service du Dr Bouchut, portant une vaste plaque d'herpès circiné au cou.

Elle en était presque guérie, quand le lundi 29 décembre, sans s'être levée ni exposée à un refroidissement, elle est prise à sept heures du soir d'une violente anxiété respiratoire pour laquelle l'interne est mandé.

M. Juhel décrit ainsi cet accès :

« L'enfant était couchée dans le décubitus dorsal, la face un peu pale, elle se levait aux mouvements respiratoires les plus violents, les ailes du nez largement dilatées ; presque assise dans son lit, elle reproduisait, moins la cyanose du visage, l'attaque d'asystolie la plus aiguë.

« Le pouls rapide, petit, serré (130) n'avait aucune inégalité, pas le moindre faux pas. Les bruits du cœur très violents étaient clairs, bien frappés. La main ressentait une impulsion brève et saccadée. L'examen le plus minutieux de l'appareil pulmonaire ne m'a rien révélé. L'air pénétrait bien dans la poitrine, ainsi qu'en témoignait le murmure bien moelleux, aspiratif, si connu.

« Interrogée, l'enfant répondait de suite à nos questions, d'une voix un peu languissante, mais nullement saccadée, ainsi qu'il arrive dans la dyspnée. Elle désignait avec insistance la région précordiale comme étant le siège d'une vive douleur, qu'augmentait, disait-elle, la pression.

« Les paupières étaient tenues obstinément fermées. Soulevées, elles montraient un *rétrécissement extraordinaire* de la pupille tellement considérable que l'approche d'une lumière (huit heures du soir) ne les pouvait rendre plus petites.

« Ne sachant à quel organe m'adresser, je demandai à l'enfant si un tel phénomène ne s'était jamais présenté. Elle m'apprit alors qu'il y a huit mois elle avait eu une crise semblable, peut-être plus violente que la présente, si faire se peut, crise ayant duré quatre heures. Depuis lors, rien.

« En présence de ces faits, très effrayé des symptômes imminents d'une suffocation énorme, je pratiquai, dans l'intention de ranimer l'enfant, une injection de deux grammes d'éther sulfurique sous la peau. Faite sur l'abdomen, l'injection produisit une cuisson assez vive pendant une ou deux minutes.

« Resté auprès d'elle, dix minutes après je vis la dyspnée s'amender notablement, et ayant fait placer plusieurs oreillers de façon à asseoir l'enfant dans son lit, je fis appliquer trois ventouses scarifiées sur la région du cœur et douze ventouses sèches en arrière ; vingt minutes après la crise était finie.

« Cependant le mardi 30 au matin, lors de la visite, il y avait encore une assez grande fréquence des mouvements respiratoires. L'examen de M. le Dr

Bouchut ne lui apprit rien en tant que lésion viscérale, et devant ces phénomènes, il admit l'existence d'une Angine de Poitrine, affection très rare chez les enfants.

« Le 30 au soir, l'enfant eut une autre crise à la même heure (sept heures), laquelle fut moins violente, paraît-il. L'application de ventouses sèches fut suivie de rémission.

« Le 31 au matin, l'enfant est tout à fait bien, cependant la figure est un peu pâle, les yeux cernés et toute l'habitude extérieure de l'enfant trahit une fatigue considérable.

« Continuation d'une potion antispasmodique à base d'éther. — Sortie le 4 janvier 1880. »

Hamilton a soigné un jeune homme qui en avait été atteint à l'âge de douze ans. Le père en avait souffert également et son frère et deux sœurs en étaient morts à dix-sept et dix-huit ans. Dans ce dernier exemple, le nombre des sujets atteints et la terminaison fatale du mal ne permettent pas de mettre en doute l'exactitude du diagnostic.

Mac-Bride en a observé un exemple chez un jeune homme de dix-sept ans, ce que ce médecin explique par l'influence de l'hérédité; de même que dans le cas précédent, le père du malade en avait été atteint lui-même ainsi que de la goutte ; ce malade était donc doublement prédisposé à l'*Angor* car, ainsi que le dit avec raison M. Huchard, « ce n'est pas l'Angine de Poitrine qui se transmet héréditairement, ce sont les diathèses productrices de lésions aortiques et de l'*Angor* qui sont héréditaires. »

Pour nous résumer, nous dirons que l'Angine de Poitrine est rare avant vingt-cinq ans, qu'on l'observe assez fréquemment de quarante à cinquante ans, mais moins souvent qu'à cinquante ou soixante ans, époque où elle acquiert son maximum de fréquence.

Hérédité. — Les exemples que nous venons de citer de Mac-Bride (1) et d'Hamilton (2) ne sont pas les seuls invoqués par les partisans de l'hérédité. Grisolle (3) a vu deux frères en être atteints, et dans sa thèse, le Dr Capelle (4) relate une observation d'Angine de Poitrine survenue chez un goutteux dont le père était

(1) Mac-Bride. — *History of Angor Pectoris. In-Méd. obs. and inquiries,* 1778, T. VI, p. 9.

(2) Hamilton. — *Case of Angor Pectoris.* Médecin. Comment. 1780, T. IX, p. 307.

(3) Grisolles. — *Loc. cit.* T. II, p. 740.

(4) Capelle. — De l'Angine de Poitrine, Th. Paris 1861.

mort de cette même maladie. Il cite encore une famille dans laquelle l'Angine de Poitrine, de forme purement nerveuse, était héréditaire; une femme qui en faisait partie eut même à souffrir à la fois de cette maladie et de l'épilepsie; nous relatons plus loin cette observation.

Graves (1) relate aussi un cas d'hérédité: dans une famille de cinq enfants, trois étaient atteints d'Angine de Poitrine. Le fils aîné avait eu deux attaques à douze mois d'intervalle, mais il n'en avait pas eu d'autre depuis plus d'une année. Deux filles avaient eu à souffrir du même mal, mais les symptômes étaient moins graves. M. Martin-Damourette a connu aussi une famille où l'Angine était héréditaire. D'autres praticiens admettent tout au plus que chez les descendants des personnes atteintes d'*Angor Pectoris* compliquée ou occasionnée par des affections du cœur ou des gros vaisseaux, par la goutte ou le rhumatisme, l'apparition des mêmes désordres peut reproduire les mêmes effets et faciliter l'apparition de la sternalgie.

Comme il est du devoir rigoureux de tout praticien de présenter sans nulle exception les faits qui peuvent élucider le chapitre étiologique, parfois si obscur de cette affection, je dirai que je connais un pharmacien de province, ni fumeur, ni buveur, qui, à l'âge de soixante-deux ans, a eu à souffrir de violents accès de sternalgie parfaitement caractérisés sans avoir eu à se plaindre de la goutte, d'une affection du cœur, ni d'un asthme. Fabriquant des granules arsenicaux à la bassine et en grande quantité et ne laissant à aucune autre personne ce soin, il attribua ses accès soit aux vapeurs arsenicales respirées pendant plusieurs heures consécutives, soit à la fatigue des bras remuant ses nonpareilles pendant des heures entières. Sa maladie dura plusieurs années mais s'affaiblit peu à peu, et elle semble complétement disparue en ce moment où il a soixante-quinze ans environ.

Quoi qu'il en soit, son fils, âgé aujourd'hui de trente-huit ans, fumeur dans des proportions ordinaires, mais ne mettant jamais jusqu'à ces derniers temps d'eau dans son vin et buvant un peu trop souvent de la bière et du cognac, quoique en petite quantité, a été trois fois en un an atteint d'accès d'Angine de Poitrine fort douloureuse et le plongeant chaque fois (ce qui était déjà advenu chez son père), dans une mélancolie et une préoccupation tout à fait en dehors de son caractère habituellement enjoué et gai.

(1) Graves. — Leçons de Clinique médicale, T. II, p. 283.

Remarquons du reste que cette maladie survenant à un âge avancé où la paternité est une chose rare et bien plutôt un accident qu'une coutume, la question de l'hérédité n'a pas ici l'importance qu'elle acquiert dans les autres affections.

Professions. — Jusqu'à présent, on a peu étudié l'influence qu'exercent ou peuvent exercer les professions sur l'apparition de l'Angine de Poitrine, et c'est peut-être à tort, car ce point est digne d'attention et mérite un examen sérieux. Sur vingt malades, M. Lartigue (1) a trouvé quatre prêtres, c'est-à-dire le quart des sujets. M. Caron, sur neuf des siens, a trouvé aussi deux ecclésiastiques, et il parle d'un troisième qui l'a consulté une seule fois, mais qu'il n'a pas revu. Ne peut-on expliquer cette proportion élevée par l'exercice du chant et par la prédication qui augmentent la fréquence des battements du cœur et par conséquent sa fatigue? Cette cause, si elle est vraie, doit faire rencontrer cette maladie chez les membres du barreau ; en effet, pour nous toucher, pour nous entraîner par leur parole, ne faut-il pas que les avocats ressentent en eux-mêmes cette émotion qui est la plus puissante des séductions ? Pour n'en citer qu'un exemple, M. Ricard, le ministre de 1871, ancien avocat en renom, à Niort, n'a-t-il pas contracté ce mal, dont il est mort, en luttant avec la vigueur que l'on sait, pour la cause de la démocratie, après s'être fatigué outre mesure pendant la guerre avec la Prusse comme Commissaire général du gouvernement? Les tragédiens, les acteurs dramatiques, devraient aussi payer un certain tribut à l'Angine de Poitrine et il serait utile, croyons-nous, de diriger quelques recherches nouvelles de ce côté.

Une autre profession qui nous semble fournir à l'Angine de Poitrine un large contingent, bien qu'avec l'indifférence habituelle aux gens accoutumés à payer de leur personne et destinés à mourir à la peine, nous n'ayions pas jusqu'à présent attaché d'importance à cette prédisposition, c'est la profession médicale. Sans compter Hunter et Jurine qui en ont été les victimes, nous avons dans ces derniers temps à lui attribuer la mort de Chauffard, Broca, Delpêche, Peisse, Maurice Raynaud, Hillairet.

Cela s'explique aisément par la fatigue, les veilles que nous supportons, et par les ascensions constantes des nombreux escaliers que

(1) Lartigue, de l'Angine de Poitrine, mémoire couronné par la Société de Médecine de Bordeaux.

nous gravissons dans les grandes villes. Et puis il faut le dire, la vie médicale a des côtés bien tristes. Si nous sommes les témoins de pieux dévouements, d'abnégations qui s'ignorent elles-mêmes, de prodiges de bonté et de douceur inaltérables qui dilatent notre cœur, il se resserre bien plus souvent, il faut le dire, à la vue de tant de noires ingratitudes, de viles bassesses, de lâches abandons qui nous font voir l'humanité sous son jour le plus triste. D'ailleurs, ne prenons-nous pas notre part de bien des douleurs, de bien des séparations cruelles, car après quinze ou vingt ans d'exercice, nous devenons presque toujours les confidents, les meilleurs amis de nos malades ? Eh bien, quand la fatalité les frappe cruellement dans leurs affections les plus chères, nos âmes ne peuvent rester fermées au spectacle de larmes et de malheurs immérités, et cependant nous cherchons à nous dominer, à ne rien laisser voir au dehors du découragement qui nous accable, nous, acteurs, dans ces drames de la famille. Est-il étonnant que notre cœur s'use en un tel combat ! Au chevet d'un enfant, d'une épouse menacée par la mort, ne sommes-nous pas regardés comme les arbitres de la destinée qui va se dénouer ? Dans la chaleur de la lutte, ne nous identifions-nous pas avec cette mère, cet époux, dont nous sommes le premier appui, le dernier espoir ? Ne passons-nous pas aussi tour à tour par mille sensations diverses et extrêmes ? Ne pleurons-nous pas avec eux, ne nous réjouissons-nous pas de leurs espérances et ne sommes-nous pas déchirés par l'amertume des séparations éternelles ? Doit-on être surpris dès lors, que quelque jour ces vibrations, ces oscillations, ces secousses, trouvant facilement le défaut de la cuirasse, viennent retentir sur notre cœur, et après lui avoir fait connaître l'angoisse morale, fassent naître en lui l'angoisse maladive de la sternalgie. C'est-là, d'après nous, ce qui explique le grand nombre de cas observés chez les médecins.

Il est probable, par ce que nous venons d'exposer, que les personnes exerçant des professions que j'appellerai émotives (avocats, prédicateurs, acteurs), que les gens de lettres, les savants, les artistes, les professeurs, *genus irritabile*, comme dit M. Peter (1), y sont prédisposés. Les professions demandant un déplacement considérable de forces, (portefaix, forgerons, lutteurs, clowns) ou enfin celles qui exigent qu'on monte et descende sans cesse avec ou sans

(1) Peter. — Leçons de Clinique médicale, t. Ier, p. 489.

fardeaux (couvreurs, maçons, ardoisiers, charpentiers, marins, zingueurs), doivent fournir plus que d'autres, des cas de sternalgie. Nous verrons plus loin une observation où le mal survient par excès de fatigue chez un cirier tenant huit ou dix heures par jour des cierges au bout du bras gauche étendu.

Un de mes clients qui en fut atteint et qui a succombé rapidement était ardoisier ; il était déjà cardiaque. Ayant continuellement à monter et à descendre sur les toits où il travaillait, il avait à souffrir d'un essouflement fréquent ; la crainte d'une chute pouvait en outre l'impressionner ; quoi qu'il en soit, le second accès de sternalgie l'emporta. Un autre angineux que j'ai eu en traitement est entrepreneur ; avant d'être atteint il gravissait fréquemment des échafaudages. Parmi les quatorze marins de la corvette de premier rang l'*Embuscade*, dont j'étais chirurgien-major, qui furent atteints d'Angine de Poitrine, j'ai noté un timonier, c'est-à-dire un jeune homme montant et descendant cent fois par jour les escaliers du double étage, conduisant de la dunette chez le commandant, et des appartements du commandant au carré des officiers. J'ai compté en outre huit gabiers, c'est-à-dire les marins les plus agiles, habitant plus souvent les hunes que le pont du bâtiment, serrant et déployant tour à tour les voiles de la mâture et ressentant, plus qu'aucun autre habitant du bord, les oscillations du navire. Les autres étaient des chefs de pièces de canon, emploi qui nécessite beaucoup d'agilité et d'efforts violents. Tous ces malades étaient du reste assujettis à cette vie d'ascension et de descente perpétuelles qu'entraînent les exercices journaliers du bord et le service des vigies, c'est-à-dire de guetteurs placés nuit et jour à l'extrémité du grand mât du navire pour interroger soigneusement de là ce qui se passe à l'horizon lointain.

Les professions qui exigent l'incurvation du torse en avant, celles qui s'opposent à la libre expansion de la poitrine y prédisposent aussi.

Dans le Mémoire du Dr Papillaud (1), nous voyons l'*Angor* se produire chez un homme de trente ans, de constitution lymphatique, de tempérament faible, exerçant la profession de coutelier et s'occupant, au moins une fois par semaine, et quelquefois plus, du repas-

(1) De l'Angine de Poitrine et de son traitement par le Bromure de Potassium. — Dr Papillaud. — Anvers 1873, p. 32.

sage des instruments tranchants. Pour ce travail, l'ouvrier placé dans une position très déclive, est couché sur une planche contre laquelle est appuyée sa poitrine qui supporte ainsi tout le poids du corps, tandis que ses bras et ses muscles pectoraux sont sans cesse en mouvement.

Cet homme fut obligé de renoncer à ce genre de travail pour suspendre ses accès car, même lorsqu'il était mieux, ces derniers reparaissaient aussitôt qu'il commençait son repassage.

Nous venons de voir qu'une profession exposant à la compression permanente de la poitrine et à la fatigue des bras peut favoriser l'apparition de l'*Angor*; l'observation suivante en donnera une nouvelle preuve.

OBSERVATION IX
(PERSONNELLE)

Un de mes amis, médecin de campagne, ni fumeur, ni alcoolique, très sobre, alla s'établir dans les Hautes-Alpes, dans un endroit retiré et montueux. Zélé, actif, comme on l'est à vingt-huit ans, il se livra avec ardeur à la pratique de son art et ne se ménagea guère. Deux chevaux lui devinrent indispensables et il les montait tour à tour (souvent nous nous ménageons moins que nos bêtes); il ne tarda pas à se sentir fatigué, nerveux; vers le soir, tout d'abord il ressentit dans son bras gauche qui tenait les rênes pour maintenir son cheval, une sorte de fatigue, d'endolorissement qui n'existaient plus au matin après une bonne nuit. Bientôt cette fatigue douloureuse se manifesta le matin aussitôt son départ; il essaya bien de changer de main, mais il n'y put réussir n'étant pas à son aise; enfin un jour de novembre, par un temps humide et froid où il eut à trotter contre le vent, il sentit comme un éclair lui traverser le cœur et éprouva une douleur si aiguë que, tournant le dos au vent, il resta vingt minutes anxieux, immobile. Il fut forcé de revenir au pas chez lui; plusieurs accès le surprirent ainsi pendant plusieurs semaines, quoiqu'il modérât l'allure de son cheval. Si bien qu'il dut renoncer à visiter ses malades de cette façon et faire l'achat d'une voiture, ce qui mit fin à ses accès.

Il est mort depuis, mais j'ignore si c'est bien la même maladie qui a mis fin à ses jours.

Les professions qui exposent aux vapeurs de charbon (cuisiniers, boulangers, cuisinières, repasseuses ou lisseuses, mécaniciens), déterminent l'anémie, parce qu'elles condamnent à vivre dans une asthmosphère remplie de gaz oxyde de carbone. Il est, en effet, démontré que ce gaz produit rapidement la mort du globule qui est l'élément primordial, constitutif du sang. Mais cette anémie générale doit faire sentir ses effets déprimants sur le cœur lui-même qui, chez ces gens-là, est ischémié ou dyshémié; de là, oppressions, palpitations, tendance extrême à la syncope et, sans aucun doute,

à l'Angine de Poitrine. Nous sommes persuadé que les métiers dont nous venons de parler doivent compter quelques angoreux. C'est une étude, une recherche intéressante à faire.

M. Caron (1) a observé avec raison que l'Angine de Poitrine n'est pas aussi commune dans les campagnes que dans les villes. Les agriculteurs, dit-il, mènent une vie si frugale et si active qu'ils sont rarement fatigués par l'obésité qui accompagnent si souvent cette maladie. Nous croyons devoir ajouter en outre, que ne fumant pas du tout ou seulement le dimanche, ils doivent y être moins prédisposés que les ouvriers des villes qui ne peuvent se passer de la cigarette et de leur journal.

Cette affection s'observe plus fréquemment chez les personnes de la classe aisée que chez les pauvres. M. Lartigue, qui reconnaît des liens très étroits entre elle et la goutte, pense que les pauvres, rarement tourmentés par cette dernière, doivent l'être encore moins par l'*Angor*. Il dit, en outre, qu'on l'observe rarement dans les hôpitaux; mais ce qui était vrai, au temps où écrivait M. Lartigue, a cessé de l'être de nos jours. L'extension énorme du fléau de l'alcoolisme et la fréquence de plus en plus grande à notre époque des maladies du cœur expliquent facilement cette différence, ainsi que je l'ai déjà dit, mais on n'insistera jamais assez sur les dangers qui menacent les buveurs !

Embonpoint. — Tout le monde s'accorde à reconnaître que les individus doués d'un fort embonpoint sont prédisposés à l'Angine de Poitrine. J'ai soigné l'an dernier un entrepreneur de constructions qui en est atteint et qui, quoique jeune, est obèse. Son poids dépasse cent kilos et il est de fort petite taille. L'accès se manifeste chez lui avec une extrême facilité, par un temps orageux, quand il veut marcher vite, ou contre le vent, quand il monte une colline, gravit un escalier, quand il appuie son dos sans précaution sur une chaise et même dans son lit sur les matelas. J'en parlerai plus loin avec détails. Un autre de mes malades, ardoisier, gros, court, était également obèse. M. Lartigue, sur trente et un malades, en a trouvé quatorze ayant de l'embonpoint, quatre présentant un embonpoint ordinaire, cinq disposés à devenir obèses et huit seulement étaient maigres.

On comprend que l'obésité y prédispose; d'abord parce qu'elle

(1) Caron. — Mémoire *in-Journal Général de Médecine*, 1811, p. 645.

détermine la dégénérescence ou la surcharge graisseuse du cœur et ensuite parce qu'elle accompagne souvent la diathèse goutteuse, cause fréquente, ainsi que nous le verrons plus loin, de l'*Angor Pectoris*.

Tempérament. — Nous ne croyons point que le tempérament exerce une grande influence sur l'apparition de l'Angine de Poitrine, cependant, d'après M. Desportes, les lymphatiques à peau blanche et aux joues colorées y seraient plus prédisposés que d'autres. Nous croyons plutôt que les gens pléthoriques y sont plus sujets et c'est peut être, avec les fatigues de la prédication et la continence prescrite, ce qui fait compter un certain nombre d'angineux chez les prêtres, forts, gras et souvent sanguins et athéromateux.

Régime et saisons. — On s'accorde généralement à reconnaître que cette maladie est plus fréquente dans les climats humides que dans les pays chauds, et on observe, en effet, plus d'Angines de Poitrine en Hollande, en Angleterre et en Allemagne qu'en France, en Espagne et en Italie. Les auteurs anglais en ont publié un si grand nombre d'observations qu'on est forcé de convenir qu'elle doit être beaucoup plus commune dans leur pays que dans le nôtre, ce qui s'explique par sa position géographique au milieu de l'Océan et l'existence de brouillards épais.

On a remarqué cependant qu'en Irlande on en observait beaucoup moins d'exemples, mais cette immunité relative s'explique par cette considération que l'Irlandais mène une vie plus active, se nourrit surtout de légumes et de lait, ce qui le préserve des affections du cœur, cause fréquente d'*Angor*, tandis que l'Anglais mène une vie plus sédentaire, se nourrit de viande et boit de la drèche ou du porto, ce qui augmente l'énergie des battements du cœur et détermine chez lui de l'arthritisme, maladie avec laquelle l'Angine a une affinité extrême. La différence qui existe entre la famélique Erin aux maigres champs de pommes de terre, souvent encore dévastés par les froides morsures de la bise, et la verdoyante Angleterre aux gras pâturages où paissent de plantureux durhams, explique bien comment l'une est vouée aux maladies produites par l'insuffisance de la nutrition et l'autre à celles produites par l'excès de nourriture ou par pléthore. Une autre cause, connue depuis quelques années seulement, peut contribuer aussi à la fréquence de l'*Angor* en Angleterre, c'est le large usage, ou pour mieux dire, l'abus qu'on

y fait ainsi qu'en Amérique, du thé. Nous nous garderons en outre d'omettre le goût prononcé de ces nations pour les liqueurs fortes; aussi, le théisme et l'alcoolisme y deviennent-ils de plus en plus à l'ordre du jour.

Cette double influence d'un climat humide et d'un régime débilitant nous l'avons fidèlement exposée dans la relation de notre voyage de circumnavigation sur l'*Embuscade*, et elle explique trop bien l'apparition de la maladie pour que nous ne cherchions pas à faire comprendre dans quelle atmosphère saturée d'humidité nous vivions à bord de ce bâtiment et comment l'Angine de Poitrine a dû y trouver un foyer de prédilection.

D'après ce que j'ai observé pendant huit années de navigation, un navire est un des séjours les plus humides du monde. Cette humidité reconnaît deux ordres de causes : les unes, auxquelles on ne peut remédier, viennent de l'air marin d'autant plus chargé de particules salines qu'on navigue dans des latitudes plus élevées; elles viennent encore de la chaleur diurne, qui est extrême et suivie d'un refroidissement nocturne très humide, et enfin des exhalaisons qui de la cale où séjourne toujours une certaine quantité d'eau se répandent dans le reste du navire. Les autres causes, auxquelles jusqu'à présent tous les chirurgiens de la marine ont vainement opposé leurs doléances, sont ces lavages (je devrais dire ces inondations d'eau de mer) faits chaque matin dans la plus grande partie du navire. Et quand on songe avec quelle lenteur s'évapore l'eau de mer, surtout à bord d'un vieux navire usé, on comprendra dans quelle atmosphère habituelle d'humidité nous vivions !

La corvette revenait en France après trois ans et demi de campagne dans les mers du Sud. Pendant cette longue période, elle avait été constamment à la voile, passant brusquement en quelques mois des latitudes froides du Chili ou de la Californie au climat brûlant du Mexique et du Centre-Amérique ou du Brésil. Cette transition subite de zones aussi opposées, supportée par des gens oublieux des règles les plus ordinaires de l'hygiène et passant la moitié de leurs nuits étendus sur le pont, avait occasionné des névralgies en grand nombre. L'apparition de maladies débilitantes était en outre favorisée par la nature des aliments du bord. Riches en principes azotés, ils ne contiennent que peu ou point de principes non azotés et d'aliments respiratoires, c'est-à-dire réductibles en acide carbonique et en eau par l'intermédiaire de l'oxygène inspiré. De là, des atteintes

à l'intégrité de l'hématose, production moindre de chaleur, revivification incomplète du sang et des cas nombreux de névralgies sus-orbitaires et intercostales, de scorbut et une épidémie de coliques sèches comme on en a vu rarement à bord.

Or, c'est avec cet équipage affaibli, anémié, névrosique, qu'il fallut, pour revenir en France, franchir à nouveau le Cap Horn, à une époque où les nuits duraient vingt et une heures sur vingt-quatre, où la brume était intense, où les vents étaient constamment tempétueux et glacés. Le navire et les marins fatiguèrent horriblement. Au voisinage de Sainte-Hélène, la corvette eut encore quelques jours de grandes brises et de gros temps, accompagnés de pluie, et c'est alors qu'apparut le second cas d'*Angor* sur l'*Embuscade*, car deux ans auparavant, un matelot nommé Duluc, en avait été atteint. C'est un gabier, nommé Dumas, qui le 13 mars est atteint en montant aux mâts, et cet homme offre véritablement les caractères de la cachexie scorbutique et anémique les mieux accusés. Cinq jours après, le 17 mars, trois autres matelots présentant au plus haut degré cette exsanguinité des tissus, sont frappés à leur tour; deux autres sont encore atteints les 18 et 23 mars — soit six cas en dix jours. — Le 25 mars nous arrivons à Sainte-Hélène, un rocher aride, mais où, grâce à la patience, à la ténacité et à l'amour du confort des Anglais, nous trouvâmes des vivres frais, d'excellents légumes et de la viande de boucherie admirable qui restaurèrent l'équipage. — L'épidémie disparut; mais les provisions faites, les bœuf vivants embarqués, ne tardèrent pas à être consommés, et après un mois de séjour en mer, l'usage de la viande salée et des légumes secs, le retour des grandes brises du voisinage des Açores, et enfin un temps très humide aux approches des côtes de France et de l'entrée de la Manche, firent reparaître cinq nouveaux cas d'*Angor* et rechuter quelques-uns de nos anciens malades. Sur les cinq hommes nouvellement frappés, quatre présentent encore au plus haut point la décoloration des lèvres, des gencives et des conjonctives. — Leurs chairs sont flasques, molles et quasi transparentes. Tous ont eu le scorbut ou la colique sèche. Cette anémie est même très facile à reconnaître chez un homme de couleur originaire de la Guyane, le nommé Germain. Sa peau rougeâtre en bonne santé comme celle des Indiens de la côte ferme de race Caraïbe, était d'un jaune sale et terreux; les yeux étaient cernés, bistrés, la sclérotique au lieu d'une teinte blanc-bleuâtre était jaune, terne et plissée; un ptérygion assez développé, dont Germain, était

atteint comme beaucoup de gens de couleur (1), participait à cette décoloration générale ; ses lèvres et ses ongles, au lieu d'être, comme c'est l'habitude chez eux, d'un rouge violet, offraient une couleur se rapprochant de la terre de Sienne brûlée. Enfin, circonstance confirmant bien l'état de profonde anémie de ce matelot, ses pieds étaient œdématiés et il se plaignait depuis un mois de palpitations avec bruit de souffle d'origine anémique.

La corvette vint enfin par bonheur jeter l'ancre en rade de Cherbourg, mais là, même dans le port, j'eus une récidive sur un matelot que j'envoyai immédiatement à l'hôpital de Cherbourg. Il entra dans le service de M. Fonssagrives, alors médecin en chef (2). Il est vrai que le climat de Cherbourg, sous le rapport de l'humidité et de la violence du vent, est identique à celui de l'Angleterre où s'observent tant d'Angines de Poitrine. Ces considérations nous semblent démontrer pourquoi dans les pays brumeux et humides apparaissent des cas plus nombreux d'*Angor* et pourquoi ils se montrent surtout pendant la saison pluvieuse et froide.

Alcooliques. — Si l'Angine de Poitrine se montre surtout chez eux c'est que *vieillards prématurés*, comme les appellent MM. Gosselin et Peter, usés surtout dans l'endartère, ce tissu le moins vivant, le plus délicat de l'économie, ils ont des foyers athéromateux disséminés dans l'aorte et les autres artères. Tout le monde admet que c'est principalement dans l'aorte qu'est leur lieu d'élection, leur gisement préféré. C'est là qu'ils apparaissent tout d'abord, pour s'étendre ensuite dans les autres artères. En sorte que lorsqu'un médecin trouve chez un buveur l'artère radiale sclérosée, il est en droit de penser que la crosse de l'aorte doit être dans le même état. Aurivillius (3). — Kreysig (4). — (Robert Massalongo (5).

Après ces considérations d'Étiologie générale, préliminaire obligé de toute monographie médicale, cadre pour ainsi dire tracé à l'avance par les auteurs et sorte de vestibule par où le lecteur doit

(1) Je signale l'existence ou les vestiges du ptérygion comme l'un des signes attestant un sang mêlé chez les créoles.

(2) M. Fonssagrives a observé, lui aussi, plusieurs cas d'Angine de Poitrine à bord des navires de l'État sur des matelots cachectiques comme l'étaient les miens.

(3) Aurivillius. — (In novis actis scientiarium Upsalium), 1773, T. I.

(4) Kreysig. — *Loc. cit.*, T. 2, p. 55.

(5) Robert Massalongo. — Dell' arterite cronica generalizzata. — *Riv. veneta di Sc. Medic.*, *1885*.

passer pour entrer dans le vif de la question, nous allons examiner les causes favorisant plus directement les accès d'*angor*.

Ces causes sont de deux sortes : A. Les *Causes prédisposantes* se divisant elles-mêmes en deux variétés : 1° les *causes de nature non organiques* et les *causes organiques*. — B. Les *Causes occasionnelles*, c'est-à-dire celles qui, l'Angine de Poitrine une fois déclarée, favorisent le retour des accès.

C'est avec le plus grand soin que nous traiterons ce chapitre, car, ainsi que l'a dit M. Landouzy « en matière d'Angine de Poitrine, l'étiologie a en général plus de valeur au point de vue du pronostic que la symptomatologie. » Sa connaissance approfondie permettra d'annoncer à l'avance au malade et presque à coup sûr, malgré ses souffrances aiguës, qu'il sortira triomphant de la lutte, comme de prédire à la famille que le rôle du médecin se bornera à diminuer ses douleurs sans pouvoir retarder longtemps une issue fatale.

A. — CAUSES PRÉDISPOSANTES NON ORGANIQUES.

Elles renferment d'après nous cinq classes que nous passerons successivement en revue et qui comprennent les Angines de Poitrine :

1° **Névralgiques,**
2° **Névrosiques,**
3° **Diathésiques,**
4° **Toxiques,**
5° **Organiques.**

Cette division aura l'avantage de nous faire examiner d'abord les *Angors* les plus simples de toutes, les Angines Névralgiques qui ont les causes et les troubles les moins graves. Nous étudierons ensuite celles qui, à ce symptôme unique, la douleur, en joignent d'autres ayant plus de retentissement sur l'économie et qui reconnaissent des causes plus puissantes, plus profondes. Ainsi préparé, nous aborderons l'étude de celles où la scène morbide devient plus sérieuse, plus compliquée et nous terminerons enfin par l'examen de celles qui sont dues à des désordres organiques et mettent en péril à chaque accès, ce merveilleux, mais si fragile édifice qui s'appelle l'organisme humain.

1° Angines de Poitrine Névralgiques.

Elles ont pour caractéristique, pour *dominante*, si je puis m'exprimer ainsi, la douleur rétro-sternale pongitive, angoissante,

exacerbante sans que l'examen attentif du malade fasse découvrir la moindre lésion concomitante, la moindre altération organique. Aucun état diathésique, aucune cause toxique n'en justifie l'origine. Dans ces cas, et surtout lorsqu'à l'autopsie il y a absence absolue de lésion du cœur et des vaisseaux, on est bien forcé de reconnaître au mal une nature névralgique.

C'est à cette théorie que, pendant bien des années, les médecins Français les plus considérables se sont rattachés, et pour démontrer que son origine était telle, ils s'appuyaient sur des raisons fort plausibles et sur les caractères qui lui sont communs avec les névralgies : apparition subite, élancements douloureux, irradiations plus ou moins éloignées, disparition subite, calme absolu succédant comme par enchantement à la douleur atroce. Nous examinerons à notre chapitre *Pathogénie* cette théorie et nous en discuterons la valeur ; mais bien que son domaine et son importance aient considérablement diminué depuis que l'étude de l'*Angor* à été plus approfondie, nous admettons dès à présent l'existence d'une Angine névralgique, *sine materiâ*, reconnaissant tantôt des *causes traumatiques* et tantôt des *causes non traumatiques*.

Ainsi que le montre le tableau suivant, la première, c'est-à-dire l'Angine de Poitrine Névralgique d'origine traumatique, comprend deux variétés : A. elle succède à des blessures de nerfs ; B. elle doit son origine au plus grand traumatisme qu'ait à traverser l'organisme humain, l'accouchement.

La seconde, l'Angine de Poitrine névralgique d'origine non traumatique peut être : A. essentielle ; ou B. succéder à d'autres névralgies.

A. **Angine de Poitrine Névralgique**	1° Par causes traumatiques.	A. Blessures des nerfs. B. Traumatisme de l'accouchement (Angine de Poitrine des nouvelles accouchées.)
	2° Par causes non traumatiques	A. Essentielle. B. Succédant à d'autres névralgies.

Passons-les successivement en revue.

A. — Angine de Poitrine traumatique
succédant aux blessures des nerfs

Depuis longues années, on avait recueilli dans la science de nombreuses observations d'Épilepsies déterminées par la blessure d'un

nerf quelconque. Paul d'Avignon (1), le baron Larrey (2), Swan (3), MM. Letiévant (4), Pineau, de l'île d'Oleron (5) en ont cité des exemples remarquables ; on devait en conclure par analogie que des accès d'Angine de Poitrine pouvaient très bien succéder à des lésions nerveuses et, cependant, ce n'est que depuis peu de temps que cette assertion a été confirmée par des faits. En voici la raison : tandis que l'épilepsie peut survenir à la suite de n'importe quelle blessure nerveuse, quel que soit le territoire affecté, les blessures du bras gauche sont presque les seules qui, jusqu'à présent du moins, ont fait naître l'*Angor*, ce qui explique la rareté de la dernière. Cette variété d'Angine de Poitrine a été très bien étudiée par le Dr Lassègue, dont nous relevons quelques observations (6).

OBSERVATION IX

Dr Pineau

Thèse pour le Doctorat (op. cit.) (Résumée).

Amputation du bras gauche ; cinq ans après, gastralgie, pseudo-angine de poitrine, arthralgies multiples, névralgie du moignon, névralgie iléo-scrotale, cervico-faciale, intercostale, etc.

Jeune homme, 29 ans, amputé à Saint-Privat le 18 août 1870 à la suite d'une blessure par éclat d'obus. Rétablissement rapide et complet. Mais un des fils à ligature demeura trois mois dans le moignon, y déterminant une suppuration continue. Aucune maladie antérieure. Mère sujette à des névralgies fréquentes.

Cinq ans après, en 1875, crampes d'estomac, sensation de torsion au creux épigastrique, perte d'appétit. Au bout de deux mois, douleurs précordiales particulières.

En juillet 1876, douleurs vives du moignon, puis névralgie au côté gauche du cou, sensation dans la main absente (7), affaiblissement intermittent de la vue pour les objets lointains, sans douleur ou rougeur à l'œil, grande impressionnabilité depuis un an, fatigue facile. Depuis un an aussi, douleurs articulaires plus marquées à gauche, erratiques, fixes ou fugaces, sans rougeur ni gonflement. Névralgie iléo-scrotale double, moins forte à gauche. Douleurs constantes dans la main absente (8).

---

(1) Paul d'Avignon. — *Institutions chirurgicales* de Heister. — Vol. suppl. Ven, p. 142, article XXX.

(2) Larrey. — *Clinique Chirurgicale*, 1829, T. I., p. 490.

(3) Swan. — A. treatise on diseases and injuries of the nerves. — London 1834.

(4) Letiévant. — *Traité des Sections nerveuses*. — Paris 1873, p. 376.

(5) Pineau. — De quelques accidents névropathiques à distance, observés tardivement à la suite de lésions des nerfs. — Th. Paris 1877.

(6) Dr Lassègue. — Des Cardiopathies réflexes d'origine brachiale. Paris. Thèses. An. 1883.

(7) Pineau. Loc. cit.

(8) Weir-Mitchell a constaté que les excitations douloureuses ou autres du moignon ramenaient *constamment* ces sensations de membre absent ou les rendaient plus nettes au cas où elles existaient déjà. Il en donne dans son livre des exemples très curieux.

Le 30 mai. M. Verneuil pratique sur la partie interne du moignon une incision profonde, longue de sept à huit millimètres, lie l'humérale et enlève deux névromes gros comme des fèves et adhérents à la cicatrice et à la peau. Ils siégeaient sur le médian et le brachial cutané interne.

Après l'opération les douleurs locales diminuent, les douleurs arthralgiques diminuent continuellement, surtout à droite ; le trouble de la vue réapparaît plus fréquemment, il y a des mouches volantes.

De temps à autre, il se plaint d'angoisse à la région précordiale ; la douleur n'est ni transfixante, ni constrictive, mais *angoissante, poignante, siégeant au niveau du cœur*. Dans ces moments le malade dit que la paroi thoracique au niveau de la pointe du cœur se soulève violemment ; celle-ci bat à 4 centim. au-dessous du mamelon et un peu en dedans ; les bruits sont bien frappés, l'impulsion un peu forte, vibrante ; le tracé sphygmographique n'a fourni aucune indication. Le malade a remarqué que le tabac influait sur le retour de ces accès, le café au contraire ne l'a jamais excité.

3 juin. Un point de névralgie intercostale gauche, dyspnée ; disparition rapide.

A partir du 5 juin, il prend par jour deux grammes de bromure de potassium et deux grammes d'extrait mou de quinquina.

Amélioration rapide de tous les symptômes, sortie le 22 juin.

Le 14 juillet, il peut reprendre ses occupations.

OBSERVATION X

(Thèse du Dr Pineau). — (Résumée).

M. X..., trente et un ans, blessé à Gravelotte le 16 août 1870 par un éclat d'obus au poignet gauche. Amputation du bras à la partie moyenne ; guérison rapide et cicatrisation complète un mois après. Le moignon reste sensible au toucher, il y a hypéresthésie du côté gauche du tronc avec retentissement douloureux dans le moignon.

En 1873, le malade constate une petite tumeur douloureuse à la partie interne du moignon.

En 1875 il y a des irradiations douloureuses dans le cou et dans la tête du coté gauche, un point douloureux intermittent au milieu de la colonne dorsale, des baillements, des éructations.

En 1876, il ressent de l'étouffement en parlant, des pincements au niveau de la région précordiale , son pouls est très rapide surtout après le repas. Il y a de plus endolorissement des vaisseaux du cou à gauche et des troubles de la vue, surtout le matin en se mettant au travail.

En juillet 1876, il consulte le professeur Potain, il se plaint d'essoufflement, de constrictions dans le haut de la poitrine, de points douloureux à la région précordiale.

« De temps en temps, dit M. Potain dans sa clinique, le malade se plaignait de douleurs au niveau du moignon, *avec douleurs au niveau du cœur et palpitations*. A ce moment, il y avait *dilatation cardiaque*. Aucun signe d'aortite, du reste. »

Il y a en outre un besoin de sommeil invincible après le repas du soir (1), des

(1). C'est un nouvel exemple de Narcolepsie symptomatique à ajouter à ceux que j'ai cités dans ma brochure de la *Narcolepsie*. Doin, éditeur, Paris. Voir aussi une observation parue dans le *Paris Médical* 1883.

troubles de la vue, une sensation de compression du ventre, une grande impressionnabilité, des cauchemars fréquents.

M. Potain constate encore un souffle extrà-cardiaque, le cœur est un peu volumineux.

Il prescrit au malade deux grammes de bromure de potassium par jour et les bains de Bigorre (bains de Foulon et douches tempérées terminées à la fin en douches froides).

En juin 1877, le malade accuse une grande amélioration, il n'a plus de points douloureux dorsaux ou précordiaux ; il reste encore seulement quelques irradiations.

En juillet, M. Potain ordonne deux grammes de bromure d'ammonium par jour et les eaux de Néris.

OBSERVATION XI (1)

V... Alexandre, né à Rouen, mouleur, âgé de soixante ans, entré le 21 mars 1881, à l'hôpital Necker, salle Saint-Luc, lit n° 6.

Malade pour la première fois il y a quatre ans. A eu à cette époque une première attaque de rhumatisme articulaire aigu ayant duré huit jours ; revenu parfaitement à la santé ensuite. Il y a deux ans, nouvelle attaque, les douleurs sont généralisées ; il est soigné à la Charité. Le réveil de la diathèse rhumatismale semble s'être produit à cette époque sous l'influence de la réouverture d'une plaie sous l'aisselle gauche. Cette plaie provient d'une ancienne blessure par coup de feu datant de 1870. Ce rhumatisme est d'origine traumatique ; il n'y a aucun signe d'affection cardiaque consécutive. L'attaque de rhumatisme s'est déclarée à la suite de tiraillements du bras qui ont fait se rouvrir la blessure.

Il y a six semaines, il est repris de nouveau de douleurs rhumatismales à la suite d'un refroidissement, cette fois. Les douleurs intéressent le cou-de-pied et le genou du côté gauche

De plus, le malade se plaint de ressentir de temps en temps en marchant depuis deux ans, époque à laquelle sa blessure s'est rouverte, une vive douleur au niveau de la région précordiale, avec sensation d'étourdissement : le malade est obligé de s'arrêter sous peine de tomber.

Rien d'appréciable à l'auscultation du cœur, rien à la poitrine qu'un peu d'emphysème pulmonaire; pas d'atrophie musculaire bien appréciable à la suite de la plaie produite par le traumatisme.

Depuis quelques jours, à la suite d'une légère cystite, il y a un peu d'incontinence d'urine, pas de fièvre.

Le 25 mars. Matité du cœur, horizontalement douze centimètres, verticalement, le long du bord gauche du sternum, onze centimètres. Pouls, soixante-quatre.

Le 28. Léger souffle systolique à la pointe.

Le 29. Le souffle n'a pas augmenté , il paraît être plutôt un léger prolongement du premier bruit et ne se propage pas vers l'aisselle, en outre ce souffle n'est pas exactement systolique

Le 4 avril. Pas de douleurs articulaires, rien au cœur. Pouls, cinquante-six.

---

(1) Recueillie dans le service de M. Potain, en 1881, par un élève du service.

Le 28 avril. A la suite d'excès de boisson, le malade en entrant à l'hôpital trébuche et tombe. Il a immédiatement un accès d'Angine de Poitrine. Il presse de ses deux mains la région précordiale et regarde avec anxiété l'interne de service. A ce moment, le pouls est insensible. Cet état dure une minute et le malade se sent renaître, d'autant mieux que la douleur l'a complétement dégrisé.

Le 10 mai. Plus de nouvel accès. Se porte très bien.

Le 12. Exeat.

Ce fait, dit le Dr Lassègue, est un cas bien net de cardiopathie réflexe, car on ne peut pas invoquer ici, pour expliquer la production d'une Angine de Poitrine, les lésions valvulaires ou péricardiques du rhumatisme. Il n'y en a absolument aucune. C'est la blessure du bras qui a réveillé la diathèse rhumatismale, et c'est cette même blessure, rendue douloureuse par des tiraillements, qui a produit la cardiopathie.

OBSERVATION XII (1)

M..., de la Grand'Combe, âgé de quarante-cinq ans, se présente à l'hôpital Saint-Eloi dans les premiers jours d'avril 1864.

Il avait eu, quelque temps auparavant, le bras gauche saisi dans l'engrenage d'une puissante machine et broyé jusqu'au coude, ce qui avait nécessité l'amputation de ce bras à l'union du tiers supérieur au tiers moyen. L'opération et la cicatrisation du moignon n'avaient pas présenté d'accidents. Quelque temps après, celui-ci devint le siège de douleurs assez vives qui, partant de ce moignon comme d'un centre, s'irradiaient dans l'épaule, gagnaient le côté gauche de la poitrine, atteignaient enfin toutes les parois de la cage thoracique et produisaient là un sentiment d'oppression et d'angoisse extrême accompagné de palpitations, de dyspnée, en un mot de tous les symptômes d'une Angine de Poitrine.

Ces accidents se présentaient depuis quelque temps avec un tel caractère d'intensité qu'ils apparaissaient sous la forme de véritables accès ; le malade se roulait par terre, perdait connaissance, et les souffrances s'épuisaient ainsi d'elles-mêmes. Les accès, depuis quelques semaines, étaient beaucoup plus fréquents et rendaient la vie intolérable au malade.

Il faut ajouter que, depuis leur apparition, le moignon avait considérablement augmenté de volume.

A l'examen du malade, on ne trouva rien dans la poitrine qui pût expliquer la présence de ces accès, on examina alors le moignon et l'on constata l'existence de deux petites tumeurs très circonscrites, mobiles sous la peau, que l'on pouvait atteindre très facilement, très douloureuses, surtout à la pression qui était intolérable et qui déterminait quelques-uns des symptômes précédemment indiqués. Ces tumeurs examinées de près paraissaient siéger sur les extrémités terminales du nerf médian et du nerf radial ; quand on pressait sur celle qui était le plus avant, le malade rapportait la douleur aux points où se termine le nerf médian, c'est-à-dire au niveau de la paume de la main et de la pulpe des doigts ; de même pour la tumeur située un peu plus en arrière, la

(1) Caizergues. Du Névrome, th. Montpellier 1867.

pression occasionnait des douleurs que le sujet croyait éprouver aux points où se termine le nerf radial, c'est-à-dire à la partie postérieure de l'avant-bras et dorsale de la main.

Cet examen conduisit à penser à l'existence de deux névromes des extrémités terminales des nerfs médian et radial. On proposa l'ablation au malade qui, épuisé par des douleurs intolérables, était prêt à toute opération et même la demandait avec instances.

On procéda à l'opération, mais on ne put anesthésier le malade, à cause de l'Angine de Poitrine existante et d'un léger bruit de souffle du cœur dénotant un commencement d'hypertrophie de cet organe, déterminé probablement par la reproduction fréquente des symptômes mentionnés. On eût soin seulement de faire la section du nerf au-dessus de la tumeur afin d'épargner autant que possible au malade les souffrances qu'on ne pouvait pallier autrement. On fit ensuite l'ablation des tumeurs ; seulement on se trouva en présence d'une ossification de l'artère humérale, qui occasionna une hémorrhagie assez forte au moment de l'opération pour produire la syncope. Cette hémorrhagie, malgré les précautions d'usage, se reproduisit à deux reprises différentes, à trois jours d'intervalle, sans toutefois avoir de suites fâcheuses.

Le malade put sortir de l'hôpital un mois après. La cicatrisation était complète et les accès d'Angine n'avait plus reparu. Nous en avons eu des nouvelles quinze mois après ; le moignon n'était plus douloureux, le malade n'avait plus eu d'accès, ne se plaignait plus de sa poitrine.

OBSERVATION XIII (1)

Une jeune personne de vingt ans, sujette à différentes affections nerveuses, ayant été saignée au bras, éprouva au moment de la piqûre une sorte de tremblement violent et involontaire avec douleur intense au pli du bras et contraction forcée de l'avant-bras. Cette contraction a persisté avec une telle violence que des attelles n'ont pu la surmonter, ni d'autres moyens. Alors la malade s'est fait recevoir à la clinique ; elle a offert l'état suivant : douleurs violentes, insomnie, dérangement des voies digestives par l'effet des souffrances. L'endroit de la cicatrice présente un petit nœud presque imperceptible, qui n'est certainement pas la cause unique ou principale de la douleur. Celle-ci est continue, tantôt plus, tantôt moins violente, selon l'état de l'atmosphère. Le siège principal de la douleur la moins violente était évidemment le nerf médian et s'étendait depuis le pli du coude jusqu'aux doigts. Le caractère de cette douleur était celui de la crampe, de l'engourdissement profond. La douleur violente était au contraire lancinante ou comme celle d'une brûlure et n'était pas accompagnée de tremblements ; elle s'étendait à la fois à tous les nerfs du bras sans en excepter ceux du derme, et passait quelquefois au tronc ou elle portait atteinte au cœur et aux poumons : de là des symptômes de suffocation, de resserrement de la poitrine et la syncope.

Pour produire ces effets, il suffisait d'étendre et fléchir promptement l'avant-bras ou tous les doigts à la fois, ou de pincer avec quelque force le doigt médius, ou de comprimer la cicatrice de la saignée, ou de frictionner légère-

(1) Riberi. — *Gazette des Hôpitaux*, 1840.

ment la peau du bras avec la main ou celle de la partie interne de l'avant-bras; ou qu'on chatouillât la peau de ces parties avec un corps lanugineux ou affilé; ou que la malade s'appuyât sur le membre affecté; ou que la manche de sa robe pesât dessus.

Dans une circonstance et dans une foule d'autres, la douleur développée dans la cicatrice ou dans les doigts se répandait avec la célérité de l'éclair sur tout le membre, puis à l'épaule, à la poitrine, au cœur, et jetait la malade dans un état affreux.

Pour prévenir toute espèce de frottement, de pression, d'extension dans le membre, la malade ne marchait qu'avec l'épaule déprimée et le tronc incliné, comme si la colonne vertébrale fût atteinte de déviation latérale.

Après avoir essayé divers remèdes sans pouvoir obtenir la guérison, j'ai eu recours à l'acupuncture à l'aide d'aiguilles très fines que j'ai implantées dans le bras précisément dans le trajet du nerf médian.

Cette opération a été pratiquée douze fois dans l'espace de deux mois. Les aiguilles employées chaque fois ont été de douze à vingt pendant deux à quatre heures. A chaque acupuncture la malade éprouvait une amélioration très marquée. La guérison a été radicale au bout de ce temps, seulement la malade est restée un peu faible.

Les personnes qui n'ont pas assisté à cette cure ne peuvent se faire une idée de l'efficacité remarquable de l'acupuncture. Qu'il me suffise de dire : 1° que le jour même de la première opération la malade a commencé à mouvoir son bras sans beaucoup souffrir; que la douleur, de fixe qu'elle était, est devenue mobile et ne s'est plus montrée sur les endroits acupuncturés; de sorte qu'en multipliant les points d'aiguille la douleur s'est de plus en plus éloignée et enfin elle a complétement disparu; 2° qu'après la sixième opération, la malade n'accusait plus de douleurs que lorsqu'on comprimait avec force le nerf médian ou ses branches principales; 3° qu'enfin après la dixième opération la malade a été en état de se servir du bras dans ses différentes occupations domestiques.

Ces observations suffisent pour démontrer la réalité d'une Angine de Poitrine névralgique d'origine traumatique; son existence ne saurait donc être discutée, seulement on remarquera que dans tous ces exemples, ce sont les traumatismes du bras gauche seuls qui donnent lieu à des accès d'*Angor*; il n'y a à cette règle que trois exceptions connues dans la science, une de Desportes relatée dans son mémoire en 1811, celle citée par Blackwall (1) et l'observation recueillie par le Dr Guérin (2); nous les reproduisons ici.

Dans l'observation de Desportes il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, rhumatisant il est vrai, qui reçut un coup de feu à l'aine droite et eut un accès mortel d'accès d'Angine de Poitrine. On ne trouva rien à l'autopsie ni dans le cœur ni dans les vaisseaux pouvant légitimer l'apparition de l'*Angor*.

(1) Blackwall. Oper. citat. Obs. V.

(2) Dr Al. Guérin. Quelques considérations sur l'Angine de Poitrine. Th. Doct. Paris 1876.

OBSERVATION XIV

(Blackwall. — Citée par le Dr Lassègue)

« Un cocher reçut un coup de timon à la partie externe de la poitrine ; deux mois après, Angine de Poitrine bien caractérisée avec douleur du bras gauche. La guérison fut obtenue mais au bout de fort longtemps. »

Dans ce cas, le traumatisme avait été direct et le bras gauche n'avait reçu aucune lésion ; mais n'est-il pas probable que le cœur ou le péricarde ont été blessés ? il a dû y avoir dans l'un ou l'autre de ces points une irritation, un foyer inflammatoire, un trauma qui s'est étendu jusqu'au plexus brachial et c'est à un retentissement plutôt inflammatoire que nerveux qu'est due l'apparition de l'*Angor*.

OBSERVATION XV

(RÉSUMÉE)

Dans la thèse de M. Guérin, un deuxième maître canonnier, servant d'artillerie de terre, âgé de trente-cinq ans, fut pris entre deux voitures chargées de terre et blessé assez grièvement dans la région précordiale pour être réformé, Deux ans après la blessure, le malade a ressenti de la gêne et de la douleur au mamelon gauche et fut sujet à des accès d'*Angor Pectoris*, qui bientôt se multiplièrent et se terminèrent au bout de trois mois par la mort. La douleur débutait toujours dans le bras gauche et s'étendait en haut au cœur, en bas vers la main ; la faradisation seule soulageait le malade. A l'autopsie, on trouva une hypertrophie générale du cœur mais sensible surtout pour le ventricule gauche. Il pèse sept cent dix grammes; le péricarde a triplé d'épaisseur, les orifices des artères coronaires sont très rétrécis surtout à gauche, dépôts fibrineux et points d'ossification sur les valvules sigmoïdes hypertrophiées; d'ailleurs l'examen microscopique des fibres musculaires du cœur fait voir qu'elles sont considérablement augmentées de volume et qu'elles ont subi la dégénérescence graisseuse ainsi, du reste, que le foie et la rate.

Insuffisance aortique très nette, le sternum est cassant, il y a une ossification avancée des cartilages costaux et des articulations chondro-sternales supérieures.

La dissection minutieuse du péricarde et de la région où est situé le plexus cardiaque fait voir une grande quantité de ganglions lymphatiques, hypertrophiés et indurés qui occupent tout l'espace compris entre l'aorte, la branche droite de l'artère pulmonaire et le canal artériel.

Ces ganglions ont, d'après le Dr Guérin, dû comprimer en les englobant dans leur masse les nerfs du plexus et le ganglion de Wrisberg. C'est de cette manière qu'il explique les accidents nerveux présentés par le malade, mais pour être juste, nous devons dire qu'outre la névrite cardiaque, toutes les autres causes de l'Angine de Poitrine organique existaient aussi.

Les névralgies d'origine brachiale, n'ont heureusement pas toutes des irradiations douloureuses vers le cœur et sont loin de donner en général naissance à une Angine de Poitrine ; quand celle-ci vient

compliquer la scène ce n'est qu'après un certain temps écoulé depuis le moment de la blessure, que l'*Angor* apparaît, en débutant tantôt par le cœur, tantôt par le bras ; par le cœur si le malade marche vite, est émotif ou reçoit une impression vive, par le bras s'il accomplit des mouvements violents avec la main gauche.

Quoiqu'il en soit, nous pensons que le traumatisme du membre supérieur et surtout du membre supérieur gauche, peut faire naître cette maladie et que l'importance de cette cause presque méconnue jusqu'alors, grandira avec des recherches nouvelles. — Nous reconnaîtrons en outre, (car l'Angine de Poitrine est une de ces maladies dont il n'est pas prudent de délimiter le domaine) que d'autres blessures que celles du bras gauche, la contusion de l'épaule, et aussi celle de la poitrine peuvent encore lui donner naissance.

B. — Angine de Poitrine traumatique
des nouvelles accouchées

Le Dr Armaingaud, de Bordeaux, a signalé dans le journal « *Le Bordeaux Médical* » 1877, deux cas d'*Angor Pectoris* chez deux femmes récemment accouchées sans qu'on ait jamais observé chez elles, des lésions de l'aorte ni du cœur.

OBSERVATION XVI

Mme X,.., âgée de vingt-sept ans, multipare. Rien de particulier à signaler dans ses deux premières grossesses.

Pendant les sept premiers mois de sa troisième grossesse, santé parfaite : mais à partir du commencement du huitième mois, œdème assez prononcé des membres inférieurs. Examen des urines : albuminurie de moyenne intensité constatée à cinq reprises différentes, à dix jours d'intervalle chaque fois ; mais aucun autre accident morbide.

Le 16 juillet 1877, accouchement dans les meilleures conditions : présentation du sommet, position occipito-iliaque gauche ; la période d'expulsion a duré deux heures ; pas d'hémorrhagie, aucun accident après la délivrance. Le lendemain, vingt-six heures après l'accouchement, à huit heures du matin, je trouve la nouvelle accouchée en très bon état et donnant le sein à l'enfant, et je la laisse quelques instants après ; mais, à peine avais-je fait cinquante pas hors de la maison, qu'on me rappelle avec précipitation en me priant de remonter sans retard ; la malade, me dit-on, vient d'être prise subitement d'une douleur violente dans la poitrine, si violente qu'elle ne peut parler ni respirer.

Deux minutes après, je me retrouve en face de la malade et j'assiste à un accès d'Angine de Poitrine des mieux caractérisés : la malade m'explique, par des paroles entrecoupées, très saccadées, très difficiles à saisir, qu'en voulant se soulever dans son lit, elle a été prise subitement d'une atroce douleur dont elle me montre le siége au niveau de la partie moyenne du bord gauche du sternum, et, un peu plus à gauche, au niveau de la pointe du cœur, puis elle

me fait comprendre que cette douleur s'étend à l'épaule gauche, puis à la partie interne du bras et de l'avant-bras du même côté, jusqu'à l'extrémité des doigts.

Bientôt il lui devient impossible d'articuler un seul mot, elle est comme immobilisée, après m'avoir fait comprendre par un dernier geste qu'elle va étouffer. La figure exprime l'angoisse et la terreur, la face est pâle, les extrémités sont froides. Le pouls et le cœur battent quatre-vingts fois par minute pendant les cinq ou six premières minutes, puis descendent à soixante-douze et s'y maintiennent ; le pouls est petit, faible, mais régulier. Les mouvements respiratoires sont irréguliers, de quinze à dix-neuf par minute ; mais à l'auscultation aucun bruit anormal dans la poitrine, le murmure respiratoire s'entend nettement et avec tous ses caractères normaux ; cet ensemble symptomatique est, comme on le voit, très caractéristique, et les signes positifs comme les signes négatifs excluent toute idée d'embolie.

J'envoie chercher immédiatement mon appareil à courants continus du Dr Onimus. En attendant qu'il arrive, j'ausculte de nouveau attentivement le cœur et les gros vaisseaux, qui ne présentent absolument rien d'anormal.

Puis, ce que je ne manque jamais de faire, dans toutes les névroses douloureuses, j'explore attentivement la colonne vertébrale, et je constate, au niveau de l'*apophyse épineuse* de la sixième vertèbre cervicale et des deux premières dorsales, un point douloureux très vif, provoqué par la pression, c'est-à-dire que, dès que je presse sur une de ces trois apophyses épineuses, la respiration s'accélère et devient irrégulière, entrecoupée, et l'expression de terreur de la physionomie devient plus marquée.

Trois quarts d'heure après le commencement de l'accès, mon appareil électromédical arrive enfin, et j'applique le pôle positif au niveau du cœur, et le pôle négatif sur le point douloureux vertébral. Ce courant ascendant est le plus fort que puisse donner l'appareil Onimus (quarante-deux piles).

Trois minutes après son application, l'accès cesse brusquement, les douleurs disparaissent complétement, ainsi que l'angoisse et l'expression de terreur marquée sur la physionomie. Il ne reste qu'une fatigue générale, une sensation de brisement de tous les membres. Je continue néanmoins, pendant huit minutes encore, l'application du courant.

La malade m'explique très nettement tout ce qu'elle a souffert et confirme entièrement, par la nature des sensations qu'elle a éprouvées, le diagnostic, qui, du reste, ne pouvait donner lieu à aucune hésitation. Elle insiste surtout sur la conviction absolue où elle était qu'elle allait mourir par impossibilité de respirer, les mouvements respiratoires lui ayant paru être presque suspendus pendant toute la durée de l'accès, alors qu'en réalité le nombre en était normal ; elle exprime sa douleur en disant qu'il lui semblait absolument qu'une pression formidable, exercée sur le milieu de la partie antérieure de la poitrine, la rapprochait de la colonne vertébrale, et elle déclare que si elle avait à choisir, elle aimerait mieux mourir que d'avoir un second accès.

Malgré l'ébranlement déterminé par cet accès, les suites de couches n'ont donné lieu à aucun accident ; les lochies n'ont pas été supprimées, la mère a continué à allaiter son enfant; je me suis borné à lui faire prendre, pendant les quatre jours qui ont suivi l'accès, deux grammes de bromure de potassium. Douze jours après l'accouchement, elle commençait à se lever, et aujourd'hui, 28 août, quarante jours après sa délivrance, elle est en état de santé parfaite.

J'insiste particulièrement sur ce fait que cette dame, à laquelle je donne des soins depuis cinq ans, n'a jamais eu antérieurement aucun accès d'Angine de Poitrine, pas même de névralgie intercostale; que je l'ai auscultée à plusieurs reprises pendant ces cinq ans pour des bronchites légères et pour des palpitations uniquement occasionnées par un peu d'anémie et un certain degré de nervosisme, et qu'elle n'a jamais présenté aucun trouble du côté du cœur ni des gros vaisseaux, qu'elle n'a jamais eu de rhumatismes articulaires, et que depuis l'accès d'Angine de Poitrine que je viens de décrire, j'ai percuté et ausculté à dix reprises différentes et avec un grand soin le cœur et toute la région correspondante à l'aorte, sans trouver absolument aucun signe d'affection du cœur ou des gros vaisseaux, et qu'enfin elle ne présentait en aucun point aucun symptôme de phlébite ou de coagulation du sang. J'ajoute (ce qui a de l'importance au point de vue de l'étiologie) que ni son père ni sa mère n'ont jamais été atteints ni de la goutte, ni de la gravelle.

Ce qui, pour moi, rend cette observation particulièrement intéressante, c'est que ce n'est pas la première fois que j'ai eu occasion d'observer l'Angine de Poitrine pendant les suites de couches.

OBSERVATION XVII

Angine de Poitrine des nouvelles accouchées

Il y a deux ans (1875), j'ai vu mourir en ma présence, d'un accès d'Angine de Poitrine, une femme accouchée depuis quarante-huit heures. Je dois dire que l'accouchement, pour lequel une sage-femme avait d'abord été appelée, avait été très laborieux, et qu'on avait eu le tort grave de ne m'appeler pour pratiquer la version (présentation de l'épaule) que vingt-deux heures après le début de l'accouchement. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, mais la prolongation des douleurs avait déterminé une prostration profonde. Néanmoins, huit heures après l'accouchement, la malade commença à reprendre ses forces, et quinze heures après, elle paraissait aussi bien que possible, lorsqu'elle fut prise tout à coup d'un premier accès d'Angine de Poitrine, auquel je n'ai pas assisté, mais sur la nature duquel la description faite par la malade et les assistants ne permet aucun doute : la douleur au niveau du sternum, ses irradiations dans l'épaule gauche, le bras, l'avant-bras et la main du même côté : le sentiment d'angoisse et de constriction violente de la poitrine d'avant en arrière, la très courte durée de l'accès, l'absence de tout symptôme de phlébite ou de lésion quelconque du système vasculaire, et la disparition brusque de tous les accidents, excluent, en effet, encore ici toute idée d'embolie. Cet accès a duré dix minutes environ. On avait été si surpris par la soudaineté de sa brusque invasion qu'on n'avait pas eu le temps de m'envoyer chercher. Je vis seulement la malade une heure et demie après, et lui fis prendre trois grammes de bromure de potassium.

L'auscultation et la percussion ne permirent de rien découvrir d'anormal au cœur ni aux gros vaisseaux.

Dix heures après, au milieu de la nuit, nouvel accès ; on vint me chercher immédiatement, mais l'accès était terminé depuis vingt minutes quand j'arrivai ; il avait duré quinze à seize minutes et avait été, au dire de la malade, encore plus violent que le premier.

Cette violence croissante des accès et le peu de durée de l'intervalle qui les avait séparés, me firent craindre de nouveaux accès plus violents encore et

probablement mortels. En conséquence, je pris le parti de revenir auprès de la malade toutes les cinq heures, afin d'avoir quelque chance d'assister à un troisième accès, et j'appliquai un vésicatoire sur la région précordiale, des sinapismes aux jambes, en même temps que je fis continuer l'emploi du bromure de potassium ; je prescris en outre des perles de térébenthine, à prendre pendant l'accès suivant s'il survient.

Je reviens trois fois auprès de la malade, à cinq ou six heures d'intervalle, sans rien observer de nouveau ; chaque fois le cœur et les gros vaisseaux sont auscultés, et aucun phénomène anormal n'est constaté. Mais cinq ou six heures après, et encore au milieu de la nuit, on vient me chercher en toute hâte ; la malade vient d'être prise d'un troisième accès ; dix minutes après, j'étais auprès d'elle, mais elle expirait.

Au dire des parents, cette dame n'avait jamais eu, avant son accouchement, aucune atteinte de cette maladie, et il n'y a, dans la famille, aucun antécédent goutteux ni rhumatismal.

J'ai fait tous mes efforts pour obtenir une autopsie, car j'aurais voulu confirmer par l'examen cadavérique l'absence de lésion cardiaque et aortique, mais il m'a été impossible d'y décider la famille.

Ces deux observations nous révèlent donc en même temps et une nouvelle cause prédisposante de l'*Angor Pectoris* et une nouvelle maladie à ajouter à celles qui menacent les femmes récemment accouchées.

Il est singulier cependant que depuis 1877, et malgré le soin avec lequel on décrit dans le monde médical presque tous les cas d'Angine de Poitrine qui se présentent, un troisième fait ne se soit pas révélé depuis les deux que notre confrère Bordelais a eu la bonne fortune, au point de vue de la science, bien entendu, de rencontrer. Je ne dis pas ceci avec une pensée de doute ; M. Armaingaud est un observateur trop sagace et qui a donné trop de preuves de son savoir pour songer un seul instant qu'il n'a pas vu juste. Mais l'histoire de l'*Angor* est pleine de coups de théâtre et de nouveautés. Il y a trente ans, soupçonnait-on l'Angine tabagique ? Il y a dix ans, connaissait-on l'Angine de Poitrine diabétique, celle qui se relie à la maladie de Basedow ? Entrevoyait-on, en un mot, la variété presque infinie de ses formes ? Sachons attendre et de nouveaux faits confirmeront probablement ceux du Dr Armaingaud, qui pourrait bien avoir raison en disant que beaucoup de morts subites chez les nouvelles accouchées doivent être attribuées à un accès suraigu d'*Angor* plutôt qu'à toute autre cause.

Nous verrons plus loin au chapitre Pathogénie, comment il les explique ; pour nous, nous n'hésitons pas à les rattacher au grand ébranlement nerveux occasionné par l'accouchement, un des plus

grands shoks traumatiques qu'ait à supporter l'organisme humain. Cet acte si retentissant, si douloureux, n'est-il pas capable de troubler profondément, en effet, cette circulation nerveuse que M. Bouillaud était tenté d'admettre (1) ?

B. — Angine de Poitrine d'origine névralgique
mais de causes non traumatiques

Elle comprend, avons-nous dit, deux classes :

1° Celle qui est *Essentielle* ;

2° Celle qui *succède à une autre Névralgie.*

1° Angine de Poitrine Essentielle

Existe-t-il réellement une Angine de Poitrine essentielle ? Cette question demande de notre part un sérieux examen. Quand on a commencé à parler de cette maladie, les médecins qui l'ont observée les premiers, ont été frappés surtout par ce symptôme majeur, dominant la scène : une douleur vive derrière le sternum ou au cœur et par sa terminaison si souvent fatale, une mort subite, rapide, advenant en plein état de santé apparente ; aussi pour eux, n'y avait-il qu'une Angine de Poitrine essentielle. Mais quand, tour à tour et dans tous les pays, chacun est venu apporter son tribut à l'histoire de cette affection, quand des autopsies soigneusement faites ont révélé que des désordres organiques considérables l'accompagnaient fréquemment, on s'est demandé s'il n'y avait pas là une corrélation de causes à effet, et le domaine de l'*Angor* essentiel a peu à peu diminué.

Ainsi, pour en citer un exemple, jusqu'à ces dernières années, la belle observation qu'Heberden avait reçue d'un anonyme, après la publication de ses premiers travaux sur la sternalgie, n'était-elle pas citée par tous, comme l'exemple type de l'*Angor* essentiel ? — Un angineux avait chargé, par testament, Heberden de faire son autopsie afin d'éclairer la science, si la mort le surprenait pendant un paroxysme. Peu de temps après, ce malade mourut et Heberden consigna ainsi qu'il suit les résultats de son autopsie.

OBSERVATION XVIII (2)

Ce cas fut communiqué au Dr Heberden par une lettre anonyme conçue dans ces termes :

(1) Dr Vergely. Congrès Médical de Bordeaux, 1865.

(2) Heberden. Some account of a disorder of the breast, read at the College, july 21, 1768, in Med. Transact. published by the College of Physicians in London (suite), vol. III, p. 1. London, 1772. Baker et J. Dodsley.

« Je suis âgé de quarante-deux ans, ma taille est moyenne, ma constitution forte, mon cou court.

J'ai du penchant à être gros ; mon pouls bat quatre-vingts fois par minute et ses extrêmes sont, en parfaite santé; de soixante-douze à quatre-vingt-dix pulsations.

Dès mon enfance j'ai eu la plus belle santé et, pendant plus de vingt ans, je n'ai pris aucun remède. Il y a environ cinq ou six ans que je ressentis pour la première fois les atteintes de cette maladie dont vous avez parlé : elle me saisissait toujours en marchant ou après le dîner, ou le soir ; je ne l'ai jamais eue le matin, ni assis, ni au lit.

Je ne monte jamais à cheval et je monte rarement en carrosse, mais dans ce dernier cas les attaques n'ont jamais paru.

Le premier symptôme de ce mal est une douleur au bras gauche un peu au-dessous du coude, qui peut-être en moins d'une demi-minute, s'étend en travers de ma poitrine du côté gauche et produit un commencement de défaillance ou un peu de gêne dans ma respiration, du moins je l'imagine ainsi, mais la douleur me force à m'asseoir. D'abord, comme vous l'observez, elle disparaissait à l'instant, mais, dernièrement, ce n'est plus qu'insensiblement. Si par impatience je marche avant qu'elle soit entièrement dissipée, elle renaît. Il m'est fréquemment arrivé, étant en compagnie, de supporter la douleur sans m'en embarrasser, alors elle durait cinq à dix minutes et cessait presque subitement. Elle reparaissait à des intervalles irréguliers d'une semaine, de quinze jours, d'un mois, en général plus fréquemment en hiver qu'en été. Comme, lorsque la douleur me quittait je me trouvais fort bien, que je ne crachais ni sang, ni matière purulente et que je n'avais aucun soupçon de la formation d'un abcès, je ne me suis pas jusqu'ici inquiété de sa cause, l'attribuant à un embarras dans la circulation ou à une espèce de rhumatisme.

Je vais maintenant vous faire connaître les sensations qui me font présager une mort subite. J'ai fréquemment éprouvé, étant assis, debout, ou même dans mon lit, une sensation que je ne puis mieux exprimer qu'en la nommant *une pause universelle et interne des opérations de la nature,* qui durait trois ou quatre secondes et qui était suivie d'un choc au cœur ; ce choc ressemblait à celui que ferait un petit poids attaché par un cordon à quelque partie du corps et qui tomberait de la hauteur d'une table à la hauteur de quelques pouces du plancher. Il y a des temps où cette sensation se fait apercevoir deux à trois fois dans une demi-heure ; dans d'autres, je ne la sens qu'une fois par semaine ; quelquefois je reste longtemps sans m'en ressentir, il semble que depuis une année j'y sois beaucoup moins sujet qu'auparavant.

Comme vous avez annoncé que plusieurs personnes étaient mortes subitement de l'Angine de Poitrine, je présume qu'elles avaient éprouvé le symptôme que je viens de décrire, pensant qu'il est plus probable de le regarder comme cause de mort subite qu'aucun de ceux auxquels vous l'avez attribuée. Mais quelle qu'en soit la cause, s'il plaît à Dieu de me faire mourir subitement, j'ai donné des ordres pour vous faire donner des détails de ma mort et vous transmettre la permission d'ouvrir mon corps pour en chercher la cause, ce qui pourra peut-être fournir des lumières sur l'origine de la maladie qui fait le sujet de cette lettre.

Environ trois semaines après la réception de cette lettre, dit Heberden, on m'apprit que ce malade, en faisant une promenade au sortir de son dîner se trouva mal ; il s'appuya contre un piquet et pria un passant de l'aider à gagner une maison voisine où il vomit beaucoup ; on le saigna et il mourut en moins d'une demi-heure (1).

Le cadavre fut ouvert par John Hunter.

Il trouva tous les viscères en bon état. Il examina avec une attention particulière les viscères thoraciques, surtout le cœur, ses vaisseaux et ses valvules qui furent constatés être dans leur état naturel à l'exception de quelques taches sur l'aorte dépendant d'un commencement d'ossification. Les poumons avaient contracté de faibles adhérences avec la plèvre du côté gauche. Le ventricule aortique était singulièrement fort, épais et *aussi complètement vide de sang que s'il eût été lavé* (2). On observa que ce liquide n'était nulle part coagulé, pas même après avoir été exposé pendant deux heures à l'air ; il avait la consistance d'une crème légère sans aucune séparation de partie constituante.

Eh bien, cette observation d'Angine présentée comme essentielle pendant longues années ne peut de nos jours être sérieusement admise comme telle, car « les deux plaques qu'Heberden a trouvées au niveau de l'aorte, dénotant un commencement d'ossification » ne peuvent être attribuées qu'à de l'aortite ou à une athéromasie artérielle, deux affections qui, ainsi que nous le verrons plus loin, sont une cause fréquente de ce mal. De plus, ces altérations de l'aorte, devaient être situées au niveau même de l'orifice des coronaires et en obstruer ou tout au moins en diminuer considérablement le calibre, cause éminemment prédisposante de l'*Angor*. En outre, le ventricule gauche était considérablement hypertrophié. — Toutes ces altérations doivent donc faire rayer l'observation d'Heberden du cadre des Angines essentielles où l'avaient fait ranger d'une part le début de l'attaque par le bras gauche, de l'autre, l'absence d'altérations prononcées du cœur et des gros vaisseaux.

L'ignorance où on est resté pendant longtemps de l'influence prépondérante de l'aortite sur la production de l'*Angor* et le nombre considérable de cas où cette maladie, qui si souvent oblitère ou diminue le calibre des vaisseaux voisins, ne se révèle par aucun signe évident ou stéthoscopique, explique comment le nombre des Angines essentielles était si grand jadis.

Bien souvent, en effet, l'aortite est latente, passe inaperçue et

(1) Nous nous permettons de faire remarquer l'analogie qui existe entre ce fait et notre récit de la mort de Louvois.

(2) Nouvelle analogie avec l'état du cœur de Louvois que Dionis trouva aplati et vide de sang.

détermine cependant l'*Angor*. On croit que le malade a succombé sous les seules atteintes de la sternalgie et l'autopsie révèle, à notre grand étonnement, des désordres considérables inaperçus, insoupçonnés même pendant la vie.

Dans ces derniers temps, une foule d'autres maladies mieux connues et marraines de l'*Angor* sont encore venues diminuer le domaine de l'essentialité de cette affection. Je veux parler de la Névrite cardiaque, de l'état athéromateux des artères, de l'oblitération ou du rétrécissement de calibre des coronaires, toutes pages de son histoire qui, mieux appréciées, mieux étudiées ont été arrachées à son actif et ne font plus partie de l'*Angor sine materiâ*.

L'étude des Angines se reliant à un état névrosique, celles où on trouve comme pierre d'assise, de la neurasthénie, de l'hystérie, une diathèse ou un état toxique (Angines qui ne sont connues pour ainsi dire que d'hier), ont encore singulièrement diminué le nombre des Angines essentielles dans lesquelles elles étaient englobées jadis. Ayant toutes, en effet, le même radical, l'algie ou le spasme, cette confusion était en quelque sorte naturelle, mais il n'en est plus de même aujourd'hui. Aussi ne doit-on considérer comme *Angor essentiel* que celui où on ne trouve ni élément d'arthritisme, ni altération organique, ni cause possible, palpable, justifiant son existence. Or, ces conditions doivent être rares à rencontrer et elles le sont en effet.

Il en est de cette sorte d'Angine comme de l'Epilepsie idiopathique. Avec le progrès des études nécroscopiques, avec des recherches microscopiques plus sévères, avec la connaissance des causes profondes et diathésiques du mal comitial, l'Epilepsie essentielle, c'est-à-dire sans cause appréciable, *sine materiâ lœsâ*, est devenue très rare. — Beaucoup d'auteurs sont même portés à nier son existence et prétendent que si nous n'en découvrons pas les causes, c'est que nos moyens d'observation ne sont pas assez parfaits et nos instruments assez puissants. — Et cependant, pendant bien des années encore, on sera forcé d'admettre qu'il en existe.

La réflexion, l'analogie avec d'autres névralgies, quelques autopsies absolument négatives, nous entraînent à croire qu'il en est de même pour la sternalgie essentielle, et pour moi, je n'hésite pas à admettre son existence quoique M. Huchard, encouragé par sa découverte de vieilles lésions aortiques inaperçues pendant la vie

sur des individus considérés jusque-là comme des angoreux idiopathiques, soit porté à nier l'existence de l'Angine de Poitrine essentielle.

C'est à cette catégorie qu'appartiennent les cas d'*Angor Pectoris* recueillis à bord de l'*Embuscade* et que je relaterai, un peu plus loin. — Chez tous ces matelots, à l'exception d'un d'entre eux nouvellement venu à bord, qui n'était nullement affaibli par les fatigues antérieures de la vie du bord et chez qui la maladie a été nettement occasionnée par l'intoxication tabagique, chez tous ces matelots, dis-je, l'abus du tabac à fumer et de la chique a pu jouer un rôle prédisposant, mais non pas déterminant, tandis que toutes les causes occasionnelles des névralgies se sont réunies pour exercer leur empire sur eux (défaut de vivres frais, épidémies antérieures de coliques sèches et de scorbut, fatigue extrême, exposition à des temps humides, brusque passage des latitudes chaudes aux latitudes froides); aussi ont-ils été assiégés par des accès d'Angine de Poitrine essentielle, *sine materiâ*, typiques en quelque sorte et qui auraient cependant infailliblement été suivies de mort, si notre arrivée en France, en mettant un terme à leurs souffrances, avait tardé de quelques semaines.

Plusieurs praticiens, moins exclusifs que M. Huchard, admettent l'existence de l'Angine de Poitrine essentielle, et partageant leur opinion, nous allons rapporter quelques-unes de leurs observations.

OBSERVATION XIX

(Dr Dieulafoy. in *Gaz. Hebd.*, année 1882, p. 83.)

Angine de Poitrine essentielle

Le jeudi 14 septembre, écrit M. Dieulafoy, à deux heures et demie, M. H.... m'envoya chercher, me priant de passer chez lui sans retard. Je m'y rendis aussitôt. M. H..., qui venait de se coucher, me raconta qu'il avait déjeuné de bon appétit, fort gaiement, qu'il ne se sentait pas autrement malade, mais qu'il avait éprouvé le matin à sa sortie, une sensation de froid suivie d'une douleur à la région cardiaque. Il avait néanmoins commencé sa consultation et reçu deux malades; mais, la douleur devenant plus intense, il prit le parti de se coucher. Pendant que nous causions, la douleur reparut.

« La voici! me dit-il...; on dirait qu'elle part des oreillettes... c'est comme une déchirure de l'aorte... elle s'irradie aux deux bras jusqu'au coude, en suivant le trajet du cubital... elle remonte au cou, au larynx. »

Et, en me décrivant ainsi la marche et les irradiations de sa douleur, sa voix était entrecoupée de plaintes. L'accès dura trente secondes et cessa brusquement. Pendant l'accès comme après l'accès, le pouls n'eut pas la plus

légère défaillance, pas la moindre intermittence, il resta normal et régulier; je n'observai ni pâleur des mains ni pâleur de la face. La respiration resta absolument calme.

A l'auscultation je ne trouvai aucun indice de lésion cardiaque ou aortique, et comme je prolongeai longuement mon examen : « Je n'ai rien au cœur, me dit M. Hillairet, je n'ai jamais eu ni oppression, ni palpitation ; je suis chasseur, on m'a ausculté plusieurs fois et on ne m'aurait pas laissé chasser si l'on m'avait trouvé une lésion cardiaque ; » et comme M. Dieulafoy émettait l'avis que ce pouvait être quelque chose d'analogue à l'Angine de Poitrine : « Je ne pense pas, dit-il, je n'ai ni angoisse ni dyspnée, c'est probablement *quelque névralgie* à frigore. »

M. Dieulafoy proposa une injection morphinée que le malade refusa pour le moment craignant que la digestion ne fut pas suffisamment avancée. Le cœur fût de nouveau ausculté : pas le moindre trouble.

M. Dieulafoy quitta le malade à trois heures ; à trois heures et quart, on revint le chercher ; il accourut. M. H... venait de rendre le dernier soupir après avoir eu deux accès coup sur coup.

M. Dieulafoy diagnostiqua une Angine de Poitrine essentielle et non pas un *Angor* dépendant d'une aortite. Le sujet, qui était un médecin éminent des hôpitaux de Paris, le Dr Hillairet, était âgé de soixante-sept ans, et n'était ni dyspeptique, ni alcoolique, ni tabagique ; se plaignait-il de névralgies ? — Il serait bon de le savoir, cela nous confirmerait dans notre opinion que chez lui, la sternalgie a bien été essentielle et qu'elle a succédé, comme une névralgie ordinaire, à une *sensation de froid suivie d'une douleur à la région cardiaque.* Ce sont les propres expressions de M. Dieulafoy. — M. Huchard dit à cet égard que l'absence de bruits morbides de l'aorte n'est pas suffisante pour écarter le diagnostic de l'aortite, — mais cependant il serait étrange qu'à soixante-sept ans, avec l'exercice d'une profession aussi pénible que celle de médecin, à Paris, condamnant à une ascension continuelle de toute une série d'étages, l'aortite ne se fût pas révélée par quelques troubles circulatoires, et nous soutenons en présence de tout symptôme négatif antérieur à l'accès ou concomitant, qu'il s'agit bien là d'une Angine de Poitrine essentielle et névralgique.

Trop d'exclusivisme ne convient pas quand il s'agit des affections nerveuses, et si on admet qu'en général une douleur violente peut déterminer une syncope mortelle, cela n'est-il pas vrai, surtout quand il s'agit d'une névralgie suraiguë au cœur, c'est-à-dire au

plus important de nos organes ? Une inactivité de quelques secondes ne suffit-elle pas, en effet, pour mettre la vie en péril et faire naître un accès d'*Angor* ?

Les observations suivantes de Fothergill et des Drs C. Lelion et Raillard, de Dax, vont nous fournir de nouvelles armes contre l'opinion par trop inflexible qu'il n'existe point d'Angine de Poitrine essentielle.

OBSERVATION XX

FOTHERGILL — Cité par TROUSSEAU. — *Clinique Médicale*, t. II, p. 534, 4e édit.

Angine de Poitrine essentielle

Un homme d'environ trente ans, d'une assez petite taille, ayant le cou court, le tempérament robuste, accoutumé à un exercice régulier et modéré, éprouvait, lorsqu'il gravissait une colline, qu'il marchait vite, ou allait au grand trot de son cheval, une constriction douloureuse qui le forçait à s'arrêter tout à coup. — Il serait mort s'il avait voulu avancer. — Cette douleur s'étendait du travers de la Poitrine, le long des bras jusqu'aux coudes ; elle durait assez longtemps. — Si l'estomac était plein, il souffrait davantage. — Ni catarrhe, ni hydropisie aux poumons, aucune acrimonie passagère justifiant de pareilles sensations.

Fothergill recommanda une diète légère, de tenir le ventre libre, de faire un exercice modéré à cheval et d'éviter les promenades longues et fatigantes ; il administra quelques pilules de savon, des pilules gommeuses, du cinabre chalybé et un amer chalybé pendant quelques mois. Après cela, le malade prit les eaux de Bath pendant plusieurs saisons. — Le malade guérit, et vingt ans après il était encore en bonne santé.

Ici le diagnostic est incontestable ; le mal apparaît chez un individu sain, indemne de tout mal, de toute diathèse, l'*Angor* disparaît et ne reparaît plus de la vie. — C'est un exemple convainquant, dit Trousseau, d'Angine de Poitrine idiopathique, et il est difficile, ajoute-t-il, de reconnaître d'autre cause qu'une singulière prédisposition individuelle.

OBSERVATION XXI

Par le Dr LELION (1)

Angine de Poitrine essentielle

Je suis appelé le 31 décembre au soir, près d'un monsieur d'une cinquantaine d'années, qui s'était plaint à plusieurs reprises dans la journée d'une gêne douloureuse de la région précordiale vers la base du cœur, sans angoisse ni sensation de déchirement. Il ne ressentait non plus aucune irradiation du côté du cou ou des membres supérieurs. Le pouls était calme, ainsi que la respiration. L'auscultation ne révélait aucune altération du cœur ni des gros vaisseaux ; la santé générale avait été bonne jusque là.

(1) *Gazette Hebdomadaire* 1882, p. 687.

Je prescrivis un révulsif, un sinapisme je crois, sur la région douloureuse et du sirop d'éther à prendre par cuillerées au moment de l'accès. Comme le malade avait de la constipation, il fut convenu qu'il prendrait le lendemain matin un verre d'Hunyadi.

Sa femme me conduisit jusqu'à la porte et j'en profitai pour l'avertir que malgré la bénignité apparente des accidents, on devait craindre le début d'une Angine de Poitrine encore mal caractérisée et que des syncopes graves pouvaient être la conséquence de cette affection.

Le 1er janvier, le lendemain, je revins voir le malade : sa femme me dit qu'il venait de prendre sa verrée et j'entrai dans la chambre. — M..., s'était jeté sur son lit et la face était tournée contre le mur. Je fus frappé de son immobilité et je saisis le bras pour m'assurer de l'état de la circulation ; il n'y avait plus de pouls, le malade était mort.

Ainsi, voilà un sujet qui n'a eu que des symptômes peu graves, pas d'irradiations douloureuses dans le bras, pas de dyspnée, de gêne circulatoire, pas le moindre trouble au cœur et qui meurt dès le second accès, et la terminaison fatale est survenue avec une rapidité extrême. A quoi peut-on attribuer cette mort si ce n'est pas à une Angine de Poitrine essentielle ?

Quand en définitive pendant la vie on n'a diagnostiqué aucune lésion de l'aorte, que l'examen le plus attentif n'a rien révélé, qu'aucun signe extérieur n'a appelé l'attention du médecin, pourquoi ne pas croire à une Angine essentielle ? — Elle doit exister moins rarement qu'on ne le croit de nos jours. Telle est notre opinion. Nous croyons par exemple, et devons ajouter, qu'après un certain temps de durée, sa répétition par trop fréquente finira par déterminer des lésions de l'aorte ou de l'hypertrophie du cœur, altérations qui contribuent à ramener les accès et entraînent le malade dans un cercle vicieux. — Les adversaires de l'Angine essentielle s'en font une arme et disent qu'elles ont dû précéder les accès et leur donner naissance ; rien n'est moins juste, ce nous semble. Croit-on d'une part, qu'un organe aussi fatigué que le cœur puisse impunément soutenir d'aussi rudes assauts, et d'un autre côté, pourquoi vouloir faire jouer le rôle de causes à des effets naturels, alors qu'à l'origine rien ne permet de leur attribuer une pareille prépondérance et même de reconnaître leur existence ?

Et quand plus tard, sous l'influence d'un traitement convenable, palpitations, essouflement, ont disparu, quand les accès se sont évanouis, qu'il ne reste aucun vestige du mal, que la santé renaît parfaite, entière, que des années se sont écoulées depuis le dernier accès, que le malade n'était, et ne devient ni rhumatisant, ni névro-

pathe, force nous est bien de dire que l'on a eu à traiter une Angine de Poitrine essentielle.

Ainsi, dans une observation d'un malade traité par Duchenne, dont nous parlerons au chapitre traitement, l'*Angor* datait de six mois, survenait au moindre effort, le sujet ne pouvait monter un escalier sans avoir un accès. — Duchenne se sert d'un puissant appareil d'induction pour l'électriser et détermine une douleur atroce à la région précordiale qui se substitua à l'Angine de Poitrine — quinze jours de ce traitement guérirent complétement cet homme, qui se livrait plus tard aux travaux les plus violents sans voir reparaître son mal. Croit-on que si on avait eu à faire à autre chose qu'à une Angine de Poitrine *essentielle*, le mal aurait disparu sans laisser la moindre trace ? Non, ce n'est pas possible ; on est donc bien forcé dans certains cas de reconnaître son existence (1).

OBSERVATION XXII

Angine de Poitrine essentielle

Accès quotidiens pendant quinze ans; mort sans aucune complication cardiaque.

(Communication orale de M. le Dr Raillard, directeur de l'établissement des Baignats, de Dax.)

M. Esp..., né à Marseille, âgé de 46 ans, directeur des forges de Pontas-les-Forges (Landes), était un méridional vif, alerte, brun, causeur, rappelant en bien des points son illustre compatriote, M. Thiers. Il était issu d'une famille névropathique mais tout en étant lui-même assez emporté et susceptible, il n'était point absolument nerveux pas plus qu'arthritique.

Il n'avait pas, jusqu'à l'âge de 32 ans, eu à souffrir de son état de santé, quand un jour, se trouvant à Paris, il se mit à courir pour rattrapper un omnibus dont le conducteur ne l'apercevait point. Épuisé dans cette course folle, il alla jusqu'à ce qu'il tombât sur le derrière, épuisé, essoufflé, hors d'haleine, terrassé par un manque absolu de respiration. Pour comble de malheur, gisant sur le sol, il faillit être écrasé par une voiture, émotion qui augmenta encore son malaise. Avait-il eu dans cette circonstance ce qu'on appelle le cœur forcé, le myocarde était-il devenu exsangue, les artères coronaires, ne pouvant avec cette agitation extrême lui fournir la quantité de sang nécessaire; quoi qu'il en soit, M. Esp... resta sujet depuis cette époque à des accès d'Angine de Poitrine que son séjour en province, à Pontas-les-Forges, fut loin de calmer.

En effet, dans ce pays essentiellement paludéen, surtout il y a quelques vingt ans, ses accès toujours diurnes prirent un type quotidien parfaitement dessiné. Ils apparaissaient toutes les après-midi, de six heures à six heures et demie, et *ils ne manquèrent pas un seul jour pendant quinze ans.*

Aussitôt le début de l'accès, avec la première douleur aiguë, survenait instan-

(1) Quand nous parlerons de l'Angine de Poitrine d'origine Anémique, nous reproduirons une observation du Dr J. Renaud, de Lyon, qui nous semble être tout aussi bien un *Angor* essentiel et qui a été suivi de mort.

anément une sueur abondante profuse sur tout son être, sueur glacée retombant omme une véritable pluie de perles de ses cheveux, de sa face, de son cou et aignant tout son corps. (Un malade de M. Raynaud, de Lyon, a présenté le même signe.) Aussitôt il se trouvait dans l'impossibilité de bouger, restant immoile, craintif, anxieux malgré sa grande énergie et la quasi habitude qu'il avait e souffrir ainsi; ses accès présentaient, du reste, la même marche que l'*Angor Pectoris typique* et il restait ainsi accablé, souffrant péniblement en attendant la in de l'attaque qui durait de une à vingt minutes en tout mais en procédant souent par reprises.

M. Esp..., fumait très peu; tous les médecins (et ils sont nombreux) qu'il conulta, lui recommandèrent d'abandonner le tabac; il obéit, mais ses accès n'en ontinuèrent pas moins et cela malgré toutes les médications instituées.

Le propriétaire de la forge qu'il dirigeait étant M. Pidoux, frère du célèbre rofesseur de Paris, M. Esp... eût souvent l'occasion d'être examiné par cet émiient praticien et aussi par M. Constantin Paul, d'après les souvenirs du docteur Raillart; ces Messieurs, ainsi que M. Larauzat et M. Raillart, de Dax, ont été oujours d'accord sur ce point, qu'il n'existait chez ce malade aucune lésion du œur et des gros vaisseaux. Bien des fois, pendant cette période de cinq années, es praticiens distingués ont cherché à s'en assurer et toujours leur examen a été égatif. Nous nous croyons donc, appuyé par des autorités si considérables, en roit de donner à cette Angine de Poitrine le nom d'Essentielle.

Inutile de dire que les médications les plus variées furent mises en œuvre; armi elles on n'eût garde d'oublier le bromure de potassium, les injections de morphine et surtout l'arsenic et les sels de quinine dans l'espérance de combattre influence de la périodicité et celle d'un pays malarien; tout échoua, et bientôt es accès commençant toujours à la même heure devinrent de plus en plus longs.

Plus tard, une contrariété dans son ménage ou dans ses affaires, une vive motion suffirent pour les occasionner.

Nous allons en donner un exemple. Bonapartiste ardent et convaincu, il rasembla un jour d'élection et le matin les ouvriers de sa forge, leur distribua des ulletins de vote, les laissant libres cependant de choisir leur candidat mais en aisant une charge à fond sur le candidat de l'opposition. Il parla avec tant de haleur qu'au beau milieu de son discours, un accès d'*Angor* l'arrêta net, à une eure tout à fait en dehors de ses paroxysmes ordinaires.

Une seule médication, nous devons le dire cependant, modifia ou pour mieux lire suspendit ses accès. Entré à l'Établissement des Thermes de Dax, alors sous a direction des Drs Larauzat et Raillart, il se soumit à la méthode calorifique générale dans des bains en caisse, mais où la température ne fut augmentée que l'une manière discrète. A mesure qu'on en élevait les degrés, on constata chez M. Esp... une sédation fort nette dans le nombre et la violence des accès. Bientôt on poussa la chaleur jusqu'à 55 et même 58 degrés ainsi que le constatait un hermomètre placé dans l'intérieur de la caisse et alors les accès disparurent et le malheureux patient eut un répit absolu de près de vingt jours. On essaya bien l'arriver à 60 degrés et même plus, mais il en résulta pour le malade une fatigue extrême et un affaiblissement qui obligèrent à y renoncer. Après dix ou douze minutes de séjour dans le bain de vapeur, on lui donnait une douche froide en et brisé.

Plus tard la même médication n'obtint pas le même succès et des contrariétés domestiques, la difficulté des affaires, la perte de sa place firent redoubler le nombre et la violence des accès qui finirent par l'emporter après quinze ans de souffrance sans qu'aucun médecin, pendant ce long espace de temps, ait pu découvrir chez lui la plus légère lésion organique.

Tous ses médecins ont été unanimes à ne voir dans ce cas qu'un *Angor essentiel* et nous n'hésitons pas à ranger dans ce cadre cette observation inédite.

2° Angine de Poitrine névralgique succédant à d'autres névralgies

Nous avons étudié plus haut l'*Angor* consécutif à des traumatismes du bras gauche, nous allons le voir maintenant succéder à d'autres névralgies voisines et les remplacer en quelque sorte, de la même manière que plus loin nous le verrons succéder à une manifestation arthritique ou s'y substituer.

La thèse excellente de M. Lassègue (1), précédemment citée, nous en offre deux exemples :

OBSERVATION XXIII (2)

Angine de Poitrine succédant à une névralgie brachio-thoracique.

Le sujet est un conducteur âgé de quarante-sept ans, bien musclé, d'un embonpoint considérable, de petite taille. Il a la barbe et les cheveux épais, grisonnants et le teint coloré. Il ne se souvient pas d'avoir été malade depuis l'âge de quinze ou seize ans.

Il éprouve depuis environ dix-huit mois, des douleurs semblables à celles qu'il présente aujourd'hui et dont on verra plus loin la description. Ces douleurs, d'abord légères et revenant de loin en loin, devinrent si fortes au bout de six mois et se produisirent si fréquemment qu'elles obligèrent le malade à quitter ses occupations. Il y a deux mois, elles ont commencé à se faire sentir tous les jours.

Elles sont provoquées par tous les mouvements un peu forts du bras ; elles ne se manifestent ni quand le malade monte un escalier, ni quand il va à la selle. Elles ont lieu par accès pendant lesquels des palpitations surviennent quelquefois. Elles partent alors de la partie antérieure du bras gauche qu'elles occupent jusqu'à l'aisselle et vont retentir dans la région précordiale et dans le côté gauche du cou. En même temps, il existe de l'anxiété, des angoisses, de l'oppression, des sueurs, mais il n'y a pas menace de suffocation.

A la région précordiale, on constate une matité de $0^{m}05$ à $0^{m}06$ transversalement, et de $0^{m}08$ à $0^{m}09$ de haut en bas ; légère voussure dans le point occupé par la matité. Impulsion du cœur médiocre ; bruits normaux, battements réguliers. Partout ailleurs, la poitrine est bien conformée, également sonore dans

(1) Lassègue. — Des *Cardiopathies d'origine brachiale*. Thèse citée, p. 16.

(2) Valleix. *Traité des névralgies*, p. 416. Paris, 1841.

les points correspondants ; la respiration parait un peu gênée, mais le bruit est partout vésiculaire, sans mélange de râle.

En arrière, dans l'étendue de 0m06 environ, un peu en dehors des apophyses épineuses dorsales et au niveau des quatre premiers espaces intercostaux, la pression détermine une douleur peu intense, du côté gauche seulement. Un point semblable se trouve vers le milieu des trois premiers espaces dans le trajet d'une ligne abaissée du creux de l'aisselle. En avant, ces trois premiers espaces sont douloureux aussi à la pression vers l'union des cartilages et des côtes et dans l'étendue de 0m06 environ.

L'appétit est médiocre. Les autres fonctions s'exécutent bien.

La seconde observation recueillie par M. Lassègue est encore plus concluante :

OBSERVATION XXIV

(Lassègue, thèse citée)

Angine de Poitrine d'origine névralgique.

Le nommé D... (Jacques), né à Moulins, âgé de cinquante-sept ans, est entré le 21 mars 1883, à l'hôpital Necker, dans le service de M. le docteur Cuffer.

Il est couché au numéro 33 de la salle Saint-Louis. C'est un homme petit, de constitution sèche.

Son père est mort à quarante-quatre ans, sa mère à trente-cinq, de maladies qu'il ne peut préciser. Ils se portaient bien habituellement. Jusqu'à l'âge de trente-cinq ans, il s'est toujours bien porté. Pas d'antécédents strumeux, pas de rhumatisme. A l'âge de trente-cinq ans, il éprouve de violents chagrins, et fait des veilles nombreuses et fatigantes. Il est pris de violentes névralgies occupant surtout la moitié gauche de la face et du crâne et présentant un point maximum un peu au-dessous de l'articulation temporo-maxillaire gauche. Ces attaques ont une durée variable et se répètent à des intervalles variant de quinze jours à six mois depuis vingt-deux ans.

Pendant les accès, la vue se trouble légèrement, mais il n'y a pas de congestion oculaire apparente. — Depuis une dizaine d'années, il ressent de temps en temps dans le mollet gauche des crampes fort douloureuses qui durent dix minutes, mais n'ont jamais donné aucune irradiation.

Pas d'antécédents syphilitiques.

En 1873, il ne peut dire sous quelle influence, son testicule gauche commence à grossir et atteint bientôt le volume du poing. Il entre à l'Hôtel-Dieu en 1874 et on fait la ponction de l'hydrocèle ; injections de teinture d'iode.

Huit jours après l'épanchement se reproduisait déjà. En octobre 1875, D... a recours une seconde fois à l'intervention chirurgicale, et M. B. Anger opère l'ablation du testicule.

D... ne présente aucun signe d'alcoolisme, il ne boit guère que de l'eau rougie ; il ne fume jamais.

Depuis l'époque où ont apparu ses névralgies de la nuque et de la face, il est dyspeptique, ses digestions sont longues et difficiles ; il a quelquefois des vomissements alimentaires deux ou trois heures après le repas. En même temps,

il a toujours des éructations, et se sent mal à son aise pendant le temps que dure sa digestion.

Mais il n'a pas de pituite le matin, et jamais il n'a ressenti de palpitations après ses repas.

Il a toujours été très nerveux et très impressionnable ; un accident, une émotion un peu vive, la vue du sang le font tomber en syncope.

Depuis son enfance, D... exerce le métier de cirier. Il fabrique des cierges. Il est placé débout, le bras gauche élevé, plus haut que sa tête. Du bout des doigts de la main gauche, il tourne continuellement le bout de la mèche du cierge qu'il fabrique, faisant les mouvements de doigts que nous pouvons reproduire en émiettant du pain ou en faisant une petite boulette de papier. De la main droite, il verse de la cire fondue le long de la mèche qu'il tord ainsi sans cesse. Ces deux mouvements, celui de la main gauche entre autres, sont continus.

Il y a quatre mois, ayant travaillé comme d'habitude toute la journée, il venait de sortir de son atelier et rentrait chez lui vers six heures pour prendre son repas, lorsqu'il sentit une douleur aiguë, électrique, partir de son petit doigt gauche, remonter le long de la main et du bras jusqu'à l'épaule, puis atteindre brusquement la région précordiale où elle devint tellement forte qu'il fut obligé de se laisser tomber à terre et de comprimer à deux mains sa poitrine ; la douleur s'étendait du sternum au mamelon gauche, sans aucune irradiation. La douleur au bras avait cessé rapidement ; mais celle de la région précordiale dura vingt minutes avec la même intensité. Elle n'était pas angoissante et n'empêchait pas la respiration de s'effectuer librement.

Il n'a pas ressenti de palpitations.

La douleur a cessé brusquement, faisant place à un sentiment de bien-être intense.

Il s'est relevé et est rentré chez lui, n'ayant pas perdu connaissance.

Dans les deux mois qui suivent, seconde attaque.

Vers le milieu de janvier, il cesse son travail. Le 1er février, il le reprend ; le soir même en sortant de l'atelier, après avoir fait cent ou cent cinquante pas, nouvelle attaque. Depuis ce moment, il a eu *tous les soirs* régulièrement à sept heures, une attaque exactement analogue, à sa sortie de l'atelier.

Le 21 mars, il se décide à entrer à l'hôpital. Il est placé dans le service de M. Cuffer ; le soir, pas d'attaque. Il se croit guéri et sort le lendemain matin.

Le lendemain, en sortant de l'atelier, attaque ; et tous les soirs elle se reproduit comme par le passé.

Le 3 avril, entré de nouveau dans le service ; pas d'attaque le soir.

A l'auscultation, on ne trouve rien au cœur ; les battements sont normaux, pas d'hypertrophie. On constate seulement un souffle extrà-cardiaque presque musical. Il n'accuse aucune douleur au niveau du cœur ; la pression du doigt sur les points ordinaires des névralgies brachiale, intercostale et diaphragmatique ne provoque aucun sentiment de douleur.

Il se plaint d'un peu de névralgie occipitale gauche.

On lui donne des toniques et un granule d'aconitine par jour.

Il demande à sortir le 17 avril, et depuis lors, on ne l'a plus revu. Il n'a présenté aucun accès pendant tout son séjour à l'hôpital.

Chez ces deux malades l'accès d'*Angor* a été consécutif à une névralgie brachiale, déterminée dans le premier cas par la fatigue du bras tenant constamment des chevaux en rênes ; — un accès de névralgie intercostale ouvre la scène. Au second acte la douleur s'étend aux nerfs du bras par l'intermédiaire des anostomoses nombreuses existant entre les premiers nerfs dorsaux (le premier surtout) et le plexus brachial. — Enfin au troisième acte, la névralgie remonte du bras gauche au cœur et suscite l'apparition de l'*Angor*.

Dans la seconde observation, dit M. Lassègue, le sujet, très névropathique, a eu à souffrir pendant plusieurs années de violentes névralgies, et si l'Angine de Poitrine les a remplacées chez lui, c'est parce qu'une fatigue professionnelle spéciale l'a provoquée dans le bras. Son extension et le mouvement continu des doigts ont occasionné cette douleur quasi fulgurante qui part du petit doigt pour aller éclater au cœur comme dans un foyer central. Et chaque fois que le sujet se remet au travail, il est atteint de nouveau par la Sternalgie.

M. Potain a fait, avec sa sagacité ordinaire, une remarque importante au sujet de ces cardiopathies du bras gauche, c'est que presque toujours après un certain temps de durée, elles sont suivies de l'hypertrophie du ventricule gauche.

La névralgie du nerf phrénique a plus d'une fois déterminé également des accès d'*Angor*.

Du reste, depuis que cette question d'alternance ou de succession a été soulevée, beaucoup de praticiens ont fait connaître le résultat de leurs recherches sur ce point et ce résultat a confirmé la vérité de cette substitution.

Nous trouvons dans l'étude de M. Dreyfus-Brisac (1) un fait qui démontre une fois de plus que l'Angine de Poitrine peut succéder à une névralgie. Il s'agit d'un jeune littérateur ayant eu une vie des plus orageuses, — névropathe outré, il fut atteint d'une névralgie intercostale gauche, accompagnée d'un zona des plus douloureux, et depuis cette époque il est sujet à des accès d'Angine de Poitrine se signalant par une angoisse et une inquiétude extrême, la crainte et la conviction d'une mort prochaine, des irradiations douloureuses ;

(1) H. Dreyfus-Brisac. — De l'Etiologie du tabes dorsalis ; syphilis, athérome, *Gaz. Hebd. de Méd. et Chir.*, n° 39, septembre 1881.

enfin, le tableau de l'*Angor* est complet sans que le cœur ou l'aorte soient malades le moins du monde.

Enfin, M. Téallier, dans le bulletin des travaux du Cercle médical de Paris, a présenté une observation fort remarquable dans laquelle on voit l'Angine se développer et remplacer des névralgies diverses assiégeant le sujet depuis plusieurs années.

Dans l'observation suivante, nous voyons l'*Angor* succéder à une névralgie cervico-brachiale ancienne et idiopathique.

OBSERVATION XXV

(Dr Liégeois, mém. cour. p. 174.)

Douleurs névralgiques cervico-brachiales gauches datant de longues années. Dans ces derniers temps, vertiges. L'examen du cœur révèle une dilatation du cœur droit. Quelques jours après cette constatation, deux accès d'Angine de Poitrine.

Madame Appolline M... est aujourd'hui âgée de cinquante-trois ans. Cette femme, lymphatique, a eu quatre enfants dont trois sont vivants; elle a eu une antéversion utérine qui remonte à son dernier accouchement en 1871. Varices très considérables au membre inférieur droit.

Madame M... déclare que depuis de longues années, elle ressent tantôt dans le côté gauche du cou remontant jusqu'à l'occiput, tantôt dans le dessus de l'épaule gauche et jusque dans le deltoïde, tantôt enfin, et très souvent, dans le poignet gauche et le long de la face interne du petit doigt, des douleurs excessivement violentes; que, depuis de longues années, ces douleurs l'éveillent toutes les nuits, apparaissant surtout quand le membre supérieur gauche a bien chaud. Depuis 1877, j'ai été appelé tous les ans à soigner madame M... pour ses douleurs; j'ai épuisé un peu tout l'arsenal thérapeutique, sans compter les saisons à Bourbonne-les-Bains et les pratiques électro-thérapeutiques; la malade a de bons moments, mais fort souvent elle est en proie à ses douleurs.

Dans le courant d'avril 1885, madame M... m'accusant des vertiges dont je ne trouvais pas la cause dans l'estomac qui fonctionne bien, j'eus l'idée d'examiner le cœur; or, la percussion me démontra une augmentation de sa matité transversale, des bruits sourds, inégaux et une intensité anormale du second bruit à gauche du sternum à la base; le pouls est petit, précipité. Madame M... avait une dilatation du cœur droit dont la raison, en l'absence de toute autre cause plausible, me parut devoir être la névralgie cervico-brachiale, à répits bien rares, dont elle est affectée depuis si longtemps.

Le 25 juillet 1885, je fus mandé près de madame M...; ses douleurs cervico-brachiales étaient très vives et dans la nuit du 24, à quatre heures du matin, elle s'était vue obligée de s'asseoir sur son lit avec une respiration assez difficile et une sensation douloureuse de compression, de gêne au niveau du cœur. « Ma poitrine était pleine, » dit-elle. L'accès dura vingt minutes, mais le 25, à sept heures du matin, il reparut aussi angoissant et accompagné d'une grande pâleur qui effraya son mari, de vertiges beaucoup plus sérieux que ceux qu'elle avait de temps en temps; il ne dura qu'un quart d'heure. Ne m'étant pas trouvé là au moment même de ces accès, je ne puis savoir si l'insuffisance tricuspidienne s'est produite.

Jusqu'à présent nous avons vu l'*Angor* succéder à des névralgies voisines; nous allons maintenant le voir remplacer par des algies lointaines et n'ayant aucune ramification nerveuse directe avec le plexus cardiaque.

OBSERVATION XXVI

Angine de Poitrine remplaçant la colique sèche

Dans sa thèse pour le doctorat (1), M. Gasquet, chirurgien-major de l'*Infernal*, dit que pendant une épidémie de coliques sèches, observée en 1857 à bord de ce navire, un de ses malades atteint précédemment et par trois fois de cette douloureuse maladie (essentielle selon les uns, toxique et attribuée à l'influence du plomb selon les autres), eût un véritable accès d'Angine de Poitrine que ce confrère explique par la propagation de la souffrance du système nerveux ganglionnaire au nerf pneumo-gastrique gauche et aux filets cardiaques. M. Gasquet, en présence de cette complication grave, chercha à vaincre le spasme, élément presque inséparable de la douleur dans les névralgies, et le sujet étant robuste, il le saigna, appliqua des dérivatifs aux extrémités et employa les antispasmodiques. L'accès d'*Angor* ne se reproduisit plus, mais la colique sèche persista ; il y a donc eu dans ce cas, une sorte de métastase nerveuse.

OBSERVATION XXVII

(PERSONNELLE)

Angine de Poitrine succédant à une sciatique.

M. P..., ancien conducteur en retraite des travaux de la fonderie de la marine de Ruelle-sur-Touvre, d'une constitution sanguine et forte, avait eu à quarante-quatre ans, une péricardite intense qui réclama un traitement énergique et qui guérit parfaitement. Dix-huit ans plus tard, il fut atteint d'une sciatique excessivement douloureuse à la jambe gauche, qu'il attribua à l'humidité de sa maison, placée sur les bords charmants, mais un peu brumeux de la Touvre. Je n'en ai jamais observé d'une violence aussi considérable et d'une tenacité aussi grande.

Quatre mois après, je fus appelé la nuit auprès de mon malade (novembre 1858), il avait horriblement souffert dans l'après-midi et la soirée, de sa sciatique, avait dîné avec une soupe au lait et avait voulu se coucher ; mais, au même moment, la douleur de la jambe disparut et M. P... ressentit au côté gauche du sternum un élancement atroce, mit la main sur son cœur en restant immobile sur son séant, la face pâle et baignée de sueurs froides ; pas d'oppression, et cependant crainte extrême de respirer profondément, de peur d'augmenter la souffrance. « Il me semble, disait-il, à mots entrecoupés, qu'on me larde avec un poignard et que sans le sortir du cœur, on l'y enfonce de temps en temps plus profondément et à petits coups. »

Engourdissement dans toute l'épaule et le bras gauche. — Le cœur est sensiblement hypertrophié ; de temps à autre on perçoit à sa base un bruit clangoreux. Angoisse extrême, peur de mourir, plaintes continuelles, plus accentuées quand la douleur augmente.

---

(1) Dr Gasquet. De la *Colique sèche dans les pays chauds*. Montpellier, 1858.

Traitement. — Ventouses scarifiées, suivies de sangsues, sur la région précordiale, sinapismes aux extrémités, pilules d'opium et de belladone, un quart de grain de chaque, répétées tous les quarts d'heure. Potion éthérée.

Après la quatrième pilule, l'accès d'*Angor* s'évanouit, mais la sciatique reparut aussitôt et persista pendant six mois malgré les traitements les plus variés et les plus énergiques. Pendant cet intervalle, deux nouveaux accès d'*Angor* reparurent ; mais plus tard ils se multiplièrent et dominèrent la scène morbide. Sous leur influence, des désordres organiques survinrent au cœur ; son volume augmenta encore ; ses battements devinrent fréquents, irréguliers ; chacun d'eux était suivi, au premier temps, d'un bruit de souffle très sensible. Il y avait évidemment chez M. P..., un rétrécissement de l'orifice aortique avec induration de ses valvules ; bientôt de l'œdème survint aux extrémités, puis des étouffements, de la dyspnée, des intermittences singulières dans le pouls, et enfin la mort, dans un paroxysme, termina cette longue angonie ; la sciatique ne reparut plus pendant les derniers mois.

On voit, par cette observation, que l'*Angor* peut succéder à une névralgie occupant un point éloigné du cœur, surtout si ce cœur ou ses annexes ont été ou sont encore le siège de désordres organiques, qui sont autant de sources d'appel de l'Angine de Poitrine.

Du reste, l'observation suivante, très intéressante, est une nouvelle preuve de ce que je viens d'avancer.

OBSERVATION XXVIII

Angine de Poitrine consécutive à une névralgie du rameau auriculaire du pneumo-gastrique, dit rameau d'Arnold.

(Dr Gauthier, mém. cité p. 48.)

Un de nos malades névropathe, d'origine arthritique eut, il y a huit ans, à l'âge de vingt-deux ans, un chancre induré, et présente aujourd'hui une destruction partielle de la portion postérieure des fosses nasales. L'inflammation spécifique naso-pharyngienne s'est propagée à l'oreille moyenne par les trompes d'Eustache qui se sont obstruées, et il en est résulté une surdité très notable. Eh bien, ce malade, chez lequel il est du reste, impossible de constater à l'auscultation aucune lésion cardio-vasculaire, présente de temps en temps des symptômes bien caractérisés d'Angine de Poitrine ; chez lui, l'accès cardialgique ne réveille pas d'irradiations auriculaires, mais l'explosion de l'accès coïncide toujours avec une augmentation de la surdité.

L'unique moyen de légitimer physiologiquement l'existence dans ce cas de l'*Angor*, est de se rappeler que le rameau d'Arnold, rameau sensitif, émanant du ganglion supérieur du pneumo-gastrique, gagne l'aqueduc de Fallope, chemine dans l'épaisseur de l'apophyse mastoïde, pour se diviser ensuite en trois filets, dont deux se répandent dans les téguments de la paroi supérieure du conduit auditif externe, et dont le troisième se rend dans la membrane du tympan. — N'est-il pas probable d'après cette disposition

anatomique qu'à l'une de ses extrémités, ce rameau participe à l'irritation de l'ouïe, exaspérée par certains moments et se manifestant par de la surdité, et que cette irritation centripète se propageant par le pneumo-gastrique jusqu'au plexus cardiaque, détermine des accès d'*Angor*. La névralgie du plexus succéderait à la névralgie du filet auriculaire par voie de continuité, par retentissement, comme la vibration de l'extrémité d'une corde de harpe se ressent à l'autre extrémité.

Si cette hypothèse ne paraît pas admissible et qu'on songe à une veritable névrite du rameau d'Arnold, ainsi que paraît porté à le croire le Dr Gauthier, névrite se propageant au loin et se communiquant au plexus cardiaque, ce serait un argument en faveur de la théorie de MM. Péter et Lancereaux (que l'Angine de Poitrine est occasionnée par une névrite du plexus cardiaque), seulement le point d'origine serait éloigné et aurait son début dans une portion du nerf vague pour venir exciter le cyclone cardiaque. Mais nous comprenons difficilement un retentissement d'origine inflammatoire apparaissant en quelques heures pour s'éteindre sur place et ne se montrer à nouveau que longtemps après. Nous préférons voir en ce fait une Angine de Poitrine d'origine purement névralgique.

B. — Angines de Poitrine Névrosiques

Cette seconde classe d'*Angor* est très nombreuse et devient de plus en plus fréquente à une époque comme la nôtre, où le nervosisme rayonne de toutes parts, et soumet de plus en plus à son empire, toutes les classes de la Société.

Cette sorte d'*Angor* renferme sept classes, et il est à prévoir que notre siècle ne se terminera pas sans que d'autres variétés ne viennent augmenter ce nombre.

Ce sont :

1° L'Angine de Poitrine Hystérique ;
2° L'Angine de Poitrine Vaso-motrice ;
3° L'Angine de Poitrine Neurasthénique ;
4° L'Angine de Poitrine Epileptique ;
5° L'Angine de Poitrine Gastralgique ou Dyspeptique ;
6° L'Angine de Poitrine accompagnant la maladie de Basedow ;
7° L'Angine de Poitrine accompagnant les maladies Mentales.

Caractères communs. — Ces diverses sortes d'Angines de Poitrine ont des caractères communs; énumérons-les tout d'abord avant de les étudier en particulier.

Elles se reconnaissent assez facilement quand elles ne se compliquent pas de lésions organiques, car elles ont une physionomie spéciale.

Elles se montrent à tous les âges, mais surtout avant trente ou quarante ans — chez la femme plus souvent que chez l'homme, — la vie de la femme plus émotive et son organisation plus sensible et plus délicate l'y prédisposent. — Les accès, chez les névrosiques, sont plus fréquents que chez les autres angoreux, surviennent très souvent la nuit, durent plus longtemps et se succèdent fréquemment par séries, ce qui est rare dans les autres sortes d'*Angor*. Enfin ils n'amènent généralement point de désordres organiques, ni de troubles considérables dans la santé, quoique en apparence leur violence soit très grande. M. Huchard (1) cite à ce propos une malade hystérique, bien observée par M. Rigal, et qui, dans un espace de deux ans, fut prise plus de deux cents fois d'accès d'Angine de Poitrine extrêmement intenses, accompagnés de l'angoisse et de l'anxiété caractéristiques. Lui-même a vu une hystérique qui a eu plus de quatre cents accès d'*Angor* dans une année. Le plus souvent, dans cette forme d'Angine de Poitrine, la douleur, au lieu d'avoir son siège sous le sternum, existe à la partie moyenne de la région cardiaque ; elle consiste dans une sensation de plénitude, de tension, de distension du cœur, ce que les malades traduisent par les expressions de « cœur trop gros, de distension énorme de la poitrine, » cependant la sensation de barre, de griffes, d'étau, de brûlure, se manifestent aussi, et parfois nettement accusée.

Souvent, l'Angine de Poitrine névrosique s'accompagne de dyspnée ou tout au moins d'anhélation, ce qui n'a pas lieu dans la maladie de Rougnon-Heberden (2).

Dans l'intervalle des accès, il existe un bon état de santé relatif, les phénomènes cardiaques sont peu accusés et consistent seulement dans l'existence de palpitations entretenues par l'état névropathique et souvent anémique du sujet ; mais les malades peuvent souvent marcher, courir, faire un effort, sans provoquer les accès, comme cela a lieu dans l'Angine de Poitrine organique.

« L'Angine de Poitrine peut être, par exception, la première manifestation d'un état névropathique naissant. Mais dans la plupart

(1) Dr Huchard. — *Revue de Médecine*, 1883, p. 489.

(2) H. Huchard. — Loc. cit., p. 490.

des cas, elle alterne avec d'autres manifestations du nervosisme, avec des troubles plus ou moins variés de la sensibilité et de la motilité, cédant la place à d'autres accidents nerveux et disparaissant pour ne plus jamais reparaître, après s'être traduite d'une façon désespérante en apparence, par des accès nombreux, répétés tous les jours ou même plusieurs fois par jour. D'autres fois, au contraire, l'accès peut être unique et ne plus jamais se représenter. »

Dans les Angines de Poitrine névrosiques, les malades guérissent presque toujours. L'affection est plus bruyante et plus douloureuse que dangereuse, et c'est d'elle qu'on peut dire, comme de toutes les manifestations nervosiques ou hystériques : « Beaucoup de bruit pour rien ! » Telle est aussi l'opinion de M. Landouzy (1). « Malgré ses allures bruyantes et ses manifestations tapageuses, elle ne présente que peu de gravité. Certaines malades en ont eu jusqu'à deux cents accès dans un an. »

Après ce coup d'œil d'ensemble jeté sur cette classe d'*Angor*, examinons successivement chaque espèce.

1° Angine de Poitrine Hystérique

Sans qu'ils y attachassent une grande importance, cette forme a été signalée par quelques anciens auteurs, nous en avons trouvé un exemple dans la thèse sur l'Angine de Poitrine, du Dr Millot (Thèses de Paris, 1812), nous le mentionnons.

OBSERVATION XXIX

(Dr Millot)

(Dissertation sur l'Angine de Poitrine. — Thèses de Paris 1812)

Une jeune fille de vingt ans, à la suite de troubles dans la menstruation, éprouvait depuis trois années des accidents hystériques graves ; des bouffées de chaleur commencent à se propager de la partie inférieure du sternum au visage, se dissipant promptement et reviennent plusieurs fois dans la journée pendant une semaine environ ; puis quinze jours après, un paroxysme s'annonce par des vertiges, un étourdissement violent, avec menace de suffocation, sentiment de constriction intérieure et de strangulation au-dessus du sternum.

Ces accidents revinrent ainsi pendant plusieurs mois, puis se dissipèrent en partie : la malade retourna chez elle ; mais bientôt ces accès se reproduisirent, et elle rentra à l'Hôtel-Dieu. Le surlendemain de son entrée, la malade ayant voulu se lever, éprouva une attaque avec douleur très aiguë au sternum, strangulation, vertiges, perte de connaissance, stupeur, mort apparente, etc. Ce ne fut que le lendemain soir que la malade revint à elle, malgré l'emploi de moyens nombreux.

(1) Landouzy. — *Progrès Médical*, 1884.

D'autre part, Bouchut (1), alors interne des hôpitaux de Paris, rapporte également un exemple d'Angine de Poitrine hystérique, et chose qui en fait surtout la singularité, cette observation a pour sujet un jeune homme.

OBSERVATION XXX

Bouchut. — (Résumée)

Angine de Poitrine hystérique.

M. X..., interne en pharmacie, âgé de vingt-trois ans, d'un caractère extrêmement irritable et présentant tous les attributs d'un tempérament nerveux, fut pris, pendant une nuit, au mois de septembre 1839, d'une douleur aiguë à la région précordiale, suivie de perte de connaissance. Il se débattait dans son lit en criant et en se frappant la poitrine. L'attaque dura près d'une demi-heure et se reproduisit avec des symptômes identiques un mois après. Etendu par terre, il frappait sur le sol avec ses poings fortement serrés et se meurtrit tout le poignet droit. Plusieurs attaques survinrent encore, mais le malade s'étant marié, cet évènement lui inspira des idées plus riantes et exerça une diversion heureuse sur lui, car son mal l'abandonna pour toujours.

Bouchut devançait déjà les opinions de nos jours ou les pressentait du moins, car tout en reconnaissant qu'il y avait véritablement de l'hystérie chez ce malade, il admettait l'existence d'un *Angor Pectoris* comme complication ou comme variante chez son malade.

Andral avait, de son côté, signalé un fait analogue.

OBSERVATION XXXI

(In Axenfeld et Huchard. — Traité des Névroses, p. 894)

Angine de Poitrine hystérique.

Nous avons vu à la Charité, une jeune femme qui, de temps en temps, était prise d'une vive douleur à la région du cœur ; de cette région, la douleur s'irradiait en divers points du thorax et dans les bras. Ceux-ci devenaient souvent le siège d'un engourdissement qui allait quelquefois jusqu'à une paralysie complète ; la malade éprouvait par intervalles de violentes palpitations, pendant la durée desquelles le pouls devenait filiforme. Cependant, ces accidents divers disparaissaient après avoir duré de quelques minutes jusqu'à vingt-quatre ou trente heures. Dans leurs intervalles, on ne trouvait plus rien d'insolite dans l'appareil circulatoire. Ces accidents étaient souvent remplacés par d'autres phénomènes nerveux, tels que : mouvements convulsifs partiels ou généraux, alternatives d'exaltation et d'abolition de la sensibilité, symptômes de chorée.

Mac-Dowal (Edinb. *Méd. Journal*, 1881) publia en 1881 une observation où il rattache l'*Angor* à l'hystérie, chez une malade indemne de toute lésion cardio-vasculaire.

---

(1) Bouchut. — *Revue Médicale*, décembre 1841.

Glascow (cité in *Courrier Médical*, septembre 1881, p. 222), cite un cas analogue où l'Angine de Poitrine succède à de la toux, à de la dyspnée et à des palpitations chez une hystérique.

Aujourd'hui, l'Angine de Poitrine hystérique est unanimement reconnue, surtout depuis la publication d'un travail estimable de M. Marie (1), où il dépeint, de main de maître, deux cas d'*Angor* hystérique que M. le professeur Charcot lui avait confiés.

OBSERVATION XXXII

Angine de Poitrine hystérique.

Aurél... ne peut donner sur ses antécédents héréditaires aucun renseignement ; elle-même jouissait d'une bonne santé jusqu'à l'âge de seize ans et demi ; elle éprouva alors des douleurs persistantes dans les articulations des membres inférieurs; et il lui arriva plusieurs fois de tomber, parce que, dit-elle, ses jambes fléchissaient sous elle.

C'est à cette époque qu'elle éprouva une terrible émotion en voyant écraser sous ses yeux son frère et son neveu ; à partir de ce moment, elle fut en proie à de fréquentes attaques d'hystérie convulsive.

A l'âge de dix-sept ans, elle fut prise pendant la nuit de sa première attaque d'Angine de Poitrine ; elle rend très bien compte de ce qu'elle éprouva alors : douleur dans le bras gauche et dans le petit doigt, oppression et suffocation (il ne peut y avoir d'erreur à cet égard, car par la suite elle éprouva trop souvent les mêmes phénomènes pour pouvoir s'y tromper).

A partir de ce moment, les attaques d'Angine de Poitrine revinrent fréquemment (huit à dix par an, affirme la malade).

A vingt-cinq ans, la faiblesse des jambes ayant fait des progrès, la malade en arrive à ne plus pouvoir marcher ; mais ce n'est qu'à l'âge de trente ans, en 1851, qu'elle entre à la Salpêtrière ; on la mit alors dans le service des épileptiques, tant étaient violentes ces crises d'hystérie, que l'on considérait alors comme de l'épilepsie vraie. Peu après, elle recouvra l'usage de ses jambes, mais pendant quelque temps encore, celles-ci restèrent agitées par un tremblement lorsqu'elle se tenait debout.

A cette époque, elle continuait à éprouver de violentes et fréquentes attaques d'hystérie qui nécessitaient souvent l'emploi de la camisole de force.

En 1858, son état s'étant notablement amélioré, elle obtint de sortir du service des épileptiques pour entrer dans une autre division ; nous trancrivons ici la note qui fut rédigée alors sur son état.

« Aurél... — Epilepsie, hystérie, est atteinte d'épilepsie depuis l'âge de vingt-six ans, accès rares et survenant pendant le jour ; de plus, attaques d'hystérie très fréquentes, à la suite desquelles elle est restée plusieurs années paraplégique et n'a guéri que par l'électricité ; en même temps, elle avait une paralysie de la langue. — Depuis trois ans, accès plus rares ; par contre, nombreux étourdissements à la suite desquels elle tente de s'égratigner, de se mordre,

(1) Marie.— Deux observations d'Angine de Poitrine dans l'hystérie. *Rev. de Méd.* 1882, n° 4, p. 339.

sans chercher à blesser les personnes qui l'entourent ; quelquefois ces étourdissements viennent sans prodromes, d'autres fois ils sont précédés d'hallucinations. — Anesthésie et analgésie du côté gauche, mais beaucoup moins marquées qu'à son entrée ; de temps à autre, accès d'asthme avec anxiété précordiale et quelquefois sorte d'Angine de Poitrine. »

Ce certificat est daté de 1858 ! Peu à peu, les attaques d'hystérie allèrent en diminuant d'intensité et de fréquence, à tel point qu'à partir de 1869 elles cessèrent complétement, et la malade n'en avait pas eu une seule jusqu'en 1880 ; mais à cette époque, ayant éprouvé une grave contrariété, elle prit une nouvelle attaque d'hystérie, qui d'ailleurs resta isolée.

Quant aux attaques d'Angine de Poitrine, il n'en était pas tout à fait de même ; bien qu'elles fussent moins nombreuses, elles restaient encore assez fréquentes (six à sept par an) jusqu'en 1880. — Cependant elles semblent être en voie de décroissance rapide, car en 1881 Aurél... n'a eu que deux attaques d'Angine de Poitrine.

Ajoutons que toujours le cœur a été soigneusement examiné et que jamais on n'a constaté le moindre signe d'une lésion de cet organe ou des gros vaisseaux.

« Dans l'après-midi du 8 mars, la malade, qui était très gaie dans la matinée, fut prise subitement d'une douleur dans le petit doigt du côté gauche avec irradiation dans l'avant-bras, le bras et même le mamelon du même côté. Elle eut à peine le temps de dire : « Ah ! que je souffre dans le petit doigt, » que la douleur envahissait la région précordiale et que l'angine commençait ; la crise a duré deux heures, de trois à cinq ; la douleur était à peine calmée que l'on transporta la malade à l'infirmerie, où une nouvelle crise la reprit de neuf à onze heures ; dans l'intervalle entre les deux crises, la malade n'a cessé de souffrir dans le petit doigt. »

9 et 10 mars. — La douleur persiste dans le petit doigt ; la respiration est saccadée, pénible ; mais il n'y a pas de crise.

11 mars. — A une heure du matin, nouvelle crise ; pendant l'attaque d'Angine de Poitrine, le pouls est presque insensible à la radiale gauche, tandis qu'il est normal à droite ; nombre de pulsations, quatre-vingt-dix. Température rectale, 37°,6.

Après l'attaque, la malade fait remarquer que ses attaques sont toujours précédées par un refroidissement des membres inférieurs et de toute la partie gauche du corps, qui, dit-elle, « devient comme du marbre ». D'ailleurs, lorsqu'on la touche à ce moment, on sent nettement un abaissement de la température. — Quant à la douleur du petit doigt gauche, qui en dehors des attaques fait place à une sorte d'engourdissement, elle peut ou éclater immédiatement avant l'attaque, comme dans le cas actuel, ou bien la précéder de un, deux ou même trois jours.

Etat actuel (janvier 1882). — Aurél... éprouve toujours de l'engourdissement dans le petit doigt gauche et se plaint que tout son côté gauche est notablement plus faible que le droit ; elle a conservé son hémianesthésie gauche ; elle est légèrement dyschromatopsique du même côté, et le rétrécissement du champ visuel de l'œil gauche est notable, on a essayé d'opérer le transfert par l'application de l'aimant, mais après une séance de vingt-cinq minutes on n'a rien obtenu. — Persistance de l'ovarie gauche. Un peu de tic non douloureux de la face à gauche.

OBSERVATION XXXIII (1)

Angine de Poitrine hystérique.

Mme X..., âgée de vingt-six ans, née de parents nerveux (sa mère a eu une maladie de cœur et est morte à trente-cinq ans après avoir pendant quelque temps abusé de la morphine ; son père est bien portant, mais très nerveux).

Mme X... a eu la rougeole pendant son enfance, et jusqu'à l'âge de dix ans elle a été bien portante, mais éprouvait fréquemment des points de côté dans la région cardiaque après tout exercice un peu violent ; aussi s'en dispensait-elle autant que possible. — A onze ans, elle a eu la variole ; à douze ans, elle a été réglée et abondamment toutes les quatre semaines. — A treize ans elle fut prise de quintes de toux ; à quinze ans, elle a commencé à avoir des crises nerveuses, caractérisées par des mouvements convulsifs et par une douleur dans le dos ; ces crises venaient le plus souvent à la suite d'une émotion. En général, elle était très irritable et très irascible ; elle ne tombait pas pendant ses crises, elle ressentait une irritation dans tout le corps, une douleur dans le dos, suivie de mouvements convulsifs dans les extrémités et même dans la face ; cet état convulsif durait une demi-heure à une heure et cédait à un état de prostration, une espèce de léthargie (comme dit la malade) ; elle entendait tout, mais elle ne pouvait pas répondre ; elle était insensible, le corps demi-raide ; cet état, regardé par les médecins comme un état de catalepsie, a duré bien souvent vingt-quatre heures.

En même temps, les pertes de sang pendant la menstruation sont devenues considérables, et l'anémie, suivie d'amaigrissement et de faiblesse, a mis en danger la vie de la malade.

A dix-sept ans, elle a fait une cure à Franzensbad, suivie d'un séjour en Suisse, d'où elle est revenue dans un état de santé sensiblement amélioré ; les crises convulsives ont disparu presque tout à fait, il n'est resté que la douleur dans le dos.

A dix-neuf ans, elle s'est mariée ; à vingt ans, elle a eu un enfant, puis elle s'est séparée de son mari.

A vingt-deux ans, elle a commencé à avoir des attaques de cardialgie, qui sont devenues plus fortes surtout après une chute sur le côté gauche d'une hauteur de plusieurs mètres. Ces attaques, qui ont pris un caractère de plus en plus graves, durent jusqu'à ce moment, et ont été regardées par plusieurs médecins comme une vraie Angine de Poitrine.

La malade m'a consulté il y a un an (octobre 1880), et depuis ce temps j'ai eu l'occasion de bien observer ces attaques dans toutes leurs formes. Les attaques, du reste, ne sont pas toutes les mêmes, et en les observant d'une façon très minutieuse je suis arrivé à la conclusion qu'il y a deux formes d'attaques chez notre malade : attaques complètes (attaques types) et attaques incomplètes (attaques avortées). Dans cette dernière forme, il manque une ou deux périodes, et les périodes elles-mêmes sont modifiées, moins graves et moins durables. Voici la description d'une attaque complète, d'une attaque type ; elle se compose de trois périodes précédées souvent d'une période de prodromes :

---

(1) Cette observation a été recueillie par M. le Dr Mendelsshon, de Saint-Pétersbourg, et la malade qui en fait l'objet a été soignée ensuite par M. le professeur Charcot.

L'attaque survient parfois subitement, mais le plus souvent elle est précédée d'une période prodromique qui consiste en un malaise général ; la malade ressent une douleur dans le cœur et un peu d'oppression ; tout le côté gauche du corps lui paraît engourdi, parfois elle a mal à la gorge et comme un spasme de l'œsophage qui l'empêche d'avaler ; elle a des quintes de toux, elle est irritable, elle dort mal, elle n'a pas d'appétit ; cet état se prolonge parfois plusieurs heures et même toute une journée.

Tout d'un coup, la malade ressent une douleur insupportable dans la région précordiale ; c'est « un saisissement, un serrement, » comme elle dit ; cette douleur est accompagnée d'une angoisse extrême, d'une terreur invincible ; elle se sent mourir ; bientôt, cette douleur s'irradie dans le plexus cervico-brachial gauche, de sorte que la malade ressent une douleur dans le cou, dans le bras, dans le bord interne de l'avant-bras et dans les quatrième et cinquième doigts (région du cubital) ; parfois la douleur apparaît aussi dans la jambe gauche ; en même temps, l'expression de la figure change, les yeux sont hagards, la face pâlit et devient bleuâtre, presque livide et froide ; la respiration se suspend presque tout à fait dans la période d'inspiration, qui est sifflante. Il n'y a que quatre à six respirations par minute et parfois même deux seulement ; le pouls et les battements du cœur sont presque insensibles ; la malade est agitée, cherche un point d'appui, car, dit-elle, « elle sent qu'elle s'en va ». — Les pupilles sont contractées et égales des deux côtés. — Cette première période ne dure que trois à six minutes et fait place à la deuxième période.

Alors la face de la malade devient très rouge et chaude (le côté gauche est alors plus rouge que le droit), les battements du cœur deviennent très énergiques, la respiration plus fréquente, mais toujours sifflante et avec une tendance à s'arrêter en inspiration. Le pouls est de cent trente à cent cinquante pulsations par minute, avec des intermittences toutes les dix ou quinze pulsations. — Cette période dure dix, quinze, parfois même vingt minutes, et avant que tous ces phénomènes aient disparu, survient la troisième période.

Le cœur bat moins vite (cent à cent vingt par minute) l'oppression diminue ; mais le trait capital de cette période est un tremblement rhythmique de toutes les extrémités et même dans les différents muscles de la figure, surtout dans les paupières ; la malade claque des dents ; ce tremblement, qui dure parfois une demi-heure et même une heure, est très pénible pour la malade et la fait souvent pleurer.

Parfois une nouvelle attaque survient un quart d'heure après la fin de la première, de sorte qu'en l'espace de trois à six heures la malade peut éprouver trois ou quatre attaques.

Mais les attaques ne sont pas toujours aussi complètes ; très souvent une ou deux périodes manquent ; parfois la première ou la deuxième survient seule, mais jamais la troisième, car celle-ci n'apparaît jamais qu'à la suite d'une des deux autres périodes. — Parfois enfin la période prodromique se répète plusieurs fois dans la journée sans aboutir à une vraie attaque.

Dans les intervalles des attaques, la malade n'éprouve aucun trouble cardiaque ou respiratoire.

M. le Dr Mendelsshon a pensé qu'il avait affaire à un *Angor* pure-

ment hystérique ; il soumit sa malade à l'hydrothérapie, et celle-ci se trouvait déjà très améliorée en juin 1881, époque à laquelle elle fut confiée aux soins de M. le professeur Charcot.

Depuis le travail de M. Marie (1), de nombreux cas d'Angine de Poitrine hystérique ont été observés et nous en rapporterons ici plusieurs.

OBSERVATION XXXIV

(Dr Huchard. — *Rev. de Méd.*, p. 498, 1883).

Angine de Poitrine hystérique.

R... Louise, âgée de dix-neuf ans, fleuriste, entre dans mon service de l'hôpital Tenon, salle Laënnec, numéro seize. La mère de cette malade était très nerveuse, mais elle n'a jamais eu d'attaques. Cette jeune fille a eu une fièvre typhoïde à onze ans, la rougeole à quatre ans ; jamais de rhumatisme. Réglée à seize ans ; mais depuis cette époque les menstrues ne sont jamais venues d'une façon normale, elles étaient irrégulières, venant parfois tous les quinze jours. C'est vers le moment de l'apparition des règles qu'elle eut sa première attaque d'Angine de Poitrine. Autrefois, elle avait deux attaques qui se succédaient à un ou deux jours d'intervalle, puis elle restait quinze jours sans en avoir ; aujourd'hui, elles se rapprochent de plus en plus, et c'est depuis six mois surtout que la malade s'est aperçue de ce changement ; maintenant elles se répètent tous les jours, et même plusieurs fois dans la journée ou la nuit.

Voici de quelle façon elles surviennent : Autrefois, elles ne se produisaient que sous l'influence d'une émotion, d'une contrariété ; actuellement, elles apparaissent sans cause ; la malade éprouve une sensatien douloureuse du côté de l'ovaire ; cette douleur remonte vers le creux épigastrique, le sternum, où elle cause une véritable angoisse avec sensation de distension énorme du cœur, et de là, se dirige toujours vers l'épaule gauche, où elle se termine. La durée de l'accès est variable, tantôt d'un quart d'heure, d'autres fois d'une heure ; elle se termine parfois par une perte de connaissance, et souvent par l'émission d'urines claires et abondantes.

On constate une anesthésie du membre supérieur gauche, de l'anesthésie du pharynx et de l'épiglotte, des symptômes d'anorexie et de dyspepsie légère. Sous l'influence d'une médication par le bromure de potassium à la dose de trois grammes par jour, les accès deviennent moins fréquents : ils ne se répètent plus que tous les dix ou douze jours.

Le 2 février 1883, la malade se plaint d'un point douloureux dans le sein gauche, de fortes palpitations. L'application d'un vésicatoire fait disparaître cette douleur.

15 février. — Cent vingt-quatre pulsations sans fièvre ; les palpitations persistent aussi violentes. On constate l'existence d'un point hystérogène sur le trajet du sixième nerf intercostal gauche en avant, au-dessous du sein gauche, au niveau duquel on applique un second vésicatoire. Le 26 février, la malade se plaint toujours de cette douleur, qui irradie souvent au cœur, à l'épaule et

(1) M. Marie. — Deux observations d'Angine de Poitrine. (*Revue de Médecine* 1882).

au bras gauche avec sensation légère d'angoisse. Les pulsations radiales ne sont plus qu'au nombre de quatre-vingt-seize. Les accès angineux ont complétement disparu, et la malade sort de l'hôpital à peu près guérie. Dans ce cas, les troubles angineux ont été certainement peu accusés ; ils ont eu pour caractère de faire pour ainsi dire partie des phénomènes de l'aura hystérique. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il s'agit d'une pseudo-angine de poitrine dans ce qu'elle a de plus atténué.

OBSERVATION XXXV

(Bernheim. — Leçons de Clinique médicale, p. 207).

Angine de Poitrine chez une hystérique

« Vous avez vu, dit-il, dans notre service, cette femme névropathique, âgée de quarante ans, qui a eu, comme jeune fille, des *crises hystériformes*, avec la sensation de boule caractéristique. Depuis dix ans, elle n'a plus ces attaques, mais est sujette à des battements de cœur qui s'accompagnent souvent de la douleur spéciale à l'Angine de Poitrine; douleur qui commence sous le mamelon gauche, s'irradie dans le dos, passe par l'épaule gauche et se propage le long du bord interne du bras jusque dans les doigts qui deviennent en même temps le siège de fourmillements ; les accès durent souvent une demi-heure ; ils ne s'accompagnent pas d'angoisse notable, ni de défaillance ; souvent la douleur existe sans battements du cœur pendant plusieurs jours. L'hiver dernier, cette femme qui est bien réglée et dont l'examen physique ne révèle rien d'anormal ni au cœur ni ailleurs, est restée pendant trois mois sans pouvoir dormir, en proie à une douleur précordiale qui s'irradiait parfois dans les bras. Le printemps a été assez bon pour elle, mais le 18 juin dernier, pendant qu'elle préparait son souper, elle eut une sensation d'étouffement, suivie d'une douleur vive qui, commençant par l'extrémité des pieds, remonta vers la région du cœur et de là vers l'épaule et le bras gauche. Depuis lors, elle est de nouveau sujette à ses crises. Quelquefois la douleur existe seulement dans les doigts ou dans le coude, avec un sentiment de faiblesse continue qui l'empêche de tenir son ouvrage. Ajoutez à cela des vomissements, quelques défaillances non liées aux crises douloureuses (la malade en a eu trois ou quatre depuis l'année dernière), voilà un ensemble de symptômes qui accuse une névropathie mal définie et l'Angine de Poitrine figure comme la douleur sincipitale, parmi les manifestations diverses de cette névropathie. »

OBSERVATION XXXVI

(Dr Liégeois. — Mém. cité, p. 207)

Douleurs hystériques à siège varié, chez une hystérique. Accès unique d'Angine de Poitrine.

Catherine F..., âgée de trente ans, domestique, entre à l'hôpital, le 16 décembre 1874. — On est bien embarrassé pour établir le diagnostic étiologique des souffrances qu'elle éprouve. Elle dit avoir une douleur à la nuque, dans le dos, le côté droit du thorax, et surtout au rebord de la dernière fausse côte droite. — Ces douleurs paraissent très vives et la pression de l'hypocondre droit notamment, arrache des gémissements à la malade.

Il y a trois jours, vomissements bilieux qui ont reparu hier.

Elle déclare avoir eu il y a huit ans les mêmes douleurs qui la forcèrent d'entrer à l'hôpital Lariboisière ; elle les eut aussi il y a trois ans et, comme aujourd'hui, elles coïncidaient avec l'époque menstruelle. Elle prétend avoir eu de l'ictère à Lariboisière.

Actuellement, la région hépatique est très sensible, mais le foie a ses dimensions normales, la palpation de la région ovarique droite éveille aussi quelques douleurs.

Le 17 décembre, il n'y a pas d'amélioration malgré l'application presque continue de cataplasmes laudanisés et l'administration d'une potion bromurée au chloral.

Le 18 décembre, on est frappé de la *lenteur du pouls qui bat* à cinquante-huit ; il n'y a pas de lésion cardiaque ni valvulaire, ni aortique ; la douleur de la nuque persiste encore et la malade a des coliques rien qu'en se retournant dans son lit, elle va cependant à la selle normalement.

A la contre-visite, on note qu'elle a eu, à deux heures, une violente attaque de nerfs suivie quelques instants après d'une douloureuse sensation de griffe sous-sternale avec angoisse, appréhension de la mort, douleur à l'épaule gauche, au cou et à la nuque, mais qui n'a pas duré plus de trois minutes ; on diagnostique : *douleurs hystéralgiques à sièges variés, hystérie, angine de poitrine hystérique.*

Du 19 au 24 décembre, l'hépatalgie domine la scène, le foie continue à être normal et l'on ne saurait songer à des coliques hépatiques ; le 25 décembre au matin, la malade était guérie et on signa son exeat le 27.

OBSERVATION XXXVII

(Dr Liégeois. — Mém. cité p. 208)

Accès unique d'Angine de Poitrine, chez une jeune fille hémi-anesthésique.

Mlle X..., 19 ans, domestique, entrée à l'hôpital le 6 juin 1875.

Le 6 au matin, alors que ses règles venaient de paraître, elle fut prise, en lavant un plancher, d'une douleur fulgurante dans toute la partie interne du membre supérieur gauche. Cet accès d'Angine de Poitrine qu'elle aurait déjà éprouvé plusieurs fois et *en faisant de gros ouvrages,* s'accompagna de douleurs également très vives dans toute l'étendue du ventre et de vomissements bilieux en même temps que d'un pouls misérable et d'un faciès grippé.

On n'est pas peu surpris, en procédant à l'examen complet de cette jeune fille, de constater *une hémi-anesthésie gauche.* — Les membres, le tronc, la face, du côté gauche, sont plus ou moins insensibles au toucher et à la douleur. La face antérieure du membre inférieur gauche est absolument insensible, les parties latérales, interne et externe le sont un peu moins. Le ventre est complétement insensible à droite jusqu'un peu en dehors de la ligne blanche ; nous constatons la même particularité pour le thorax, le menton, la face et le nez, — la conjonctive de l'œil gauche est moins sensible que celle de l'œil droit, — une partie du front est insensible, la malade voit double.

Mêmes particularités à la partie postérieure du corps. Il n'y a pas d'*hémiparésie* correspondante, quoiqu'il y ait cependant un peu d'affaiblissement musculaire dans le membre supérieur et un sentiment de lourdeur dans le mollet gauche.

Le 7 juin on explore la sensibilité électrique de la malade, quand on pose les pinceaux sur l'avant-bras gauche, elle accuse une sensation de froid. Des piqûres sur le membre hémi-anesthésique ne font pas sourdre une goutte de sang.

L'hémanesthésie gauche a duré deux jours ; la sortie de l'hôpital a eu lieu le 10 juin.

OBSERVATION XXXVIII

(Dr Liégeois. — Mém. cité, p. 209)

Plusieurs accès d'Angine de Poitrine chez une hystérique, atteinte plus tard de contracture des membres supérieurs.

Femme de cinquante-deux ans, entrée à l'hôpital le 3 juin 1875. — C'est pour la quatrième fois qu'elle souffre de la maladie qui l'amène ici et qui est caractérisée par la contracture de tous les extenseurs des muscles inférieurs. Pas d'anesthésie, *hypéresthésie ovarienne* double, coïncidant comme dans les faits de M. Charcot, avec une double contracture. Ces contractures l'ont prise brusquement, il y a trois jours, à la suite de violentes contrariétés.

Elle déclare du reste, spontanément, qu'elle est *très nerveuse* ; elle a eu fréquemment des attaques de nerfs. Elle s'est plaint souvent de douleurs périombilicales, de crampes d'estomac, de battements de cœur ; plus d'une fois, consécutivement à des émotions, à des chagrins, elle a eu subitement des douleurs au cœur avec étouffements, douleurs dans l'épaule gauche et fourmillements dans le bras correspondant ; elle a cru, lors du dernier accès survenu il y a un mois, qu'elle succomberait. Ces accès duraient presque une demi-heure. Les contractures persistent aussi intenses jusqu'au 11 juin ; l'apparition menstruelle le 12 juin ne les fait pas renaître ; elles disparaissent peu à peu, et le 26 juin cette femme quitte l'hôpital.

Jusqu'à présent nous n'avons étudié que l'*Angor* hystérique simple, vierge de toute complication, mais il peut arriver que des *lésions organiques viennent s'y joindre et en augmentent la gravité.* Nous en trouvons un exemple dans l'observation du Dr Landouzy.

OBSERVATION XXXIX

(Dr Landouzy.)

Athérome de l'aorte, rétrécissement sus-aortique, hystérie, Angine de Poitrine, dépendant uniquement de cette dernière.

Mme K... nous avait l'année précédente consulté dans notre cabinet. — Cette dame, fort intelligente, curieuse, plus que soucieuse des choses de sa santé, nous consultait pour des palpitations qui parfois la prenaient sans cause, le plus souvent à propos d'un effort, et commençaient à lui rendre pénible la montée des escaliers. Nous trouvâmes chez cette dame, fille, sœur, tante, mère d'arthritiques incontestables, arthritique elle-même, un rétrécissement sus-aortique en même temps que des signes d'athérome de la crosse. Mme K..., à cette époque, ne nous était pas apparue une femme manifestement nerveuse. A quelque temps de là, à propos de la ménopause, elle présenta une série d'accidents nerveux des plus manifestes : météorismes subits et exorbitants, crises de larmes, crises de rires, œsophagisme, névralgies mobiles, paraplégie transitoire et soudaine,

accès de palpitations, accès de congestion pulmonaire sans fièvre, accès de perte de mémoire, accès de difficultés de parole, petites crises convulsives, etc. C'est sur ces entrefaites qu'elle eut une attaque sévère d'Angine de Poitrine qui m'effraya d'abord d'autant plus que la malade et son entourage (un de ses beaux-frères a succombé à une Angine de Poitrine entée sur une cardiopathie diagnostiquée par Trousseau) étaient dans la stupeur, d'autant plus aussi que derrière cette Angine de Poitrine j'entrevoyais le rétrécissement aortique, dont la confirmation formelle fut donnée depuis par un de nos maîtres. La lésion aortique, grâce à un traitement sévère, dans lequel les révulsifs ont eu la part prépondérante, s'est amendée ; en revanche, la neurasthénie s'est accentuée ; entre temps est survenu un diabète, et à plusieurs reprises, sans cause apparente, sans que l'état organique cardio-vasculaire parût changé, de nouveaux accès d'Angine de Poitrine ont saisi la malade, au repos, dans son lit et sont venus se mêler à la série déjà si nombreuse de troubles hystériques dont elle continue à souffrir par intervalles. J'avoue que, aujourd'hui, je m'effraye moins de ces crises d'Angine de Poitrine, enclin que je suis à les voir conditionnées plus par son nervosisme que par sa lésion aortique.

2° Angine de Poitrine Vaso-Motrice

Immédiatement après l'Angine de Poitrine hystérique, nous allons décrire l'Angine vaso-motrice, parce que toutes deux ont des rapports très étroits, que souvent elles se compliquent l'une et l'autre, et qu'à n'en point douter, elles ont entre elles un air de famille qui permet de leur appliquer les deux vers des anciens :

..... Facies non omnibus una,
Nec diversa tamen, qualem decet esse sororem !

Cette physionomie spéciale n'avait point échappé à M. P. Marie et chez les deux malades qu'il a observées, il a noté des phénomènes vaso-moteurs très nettement accusés « sensation de froid, pâleur de la face, abaissement de la température des membres, diminution des battements de l'artère radiale qui deviennent presque insensibles. »

Mais, pour être juste, avant lui, d'autres observateurs reconnaissaient déjà une Angine de Poitrine vaso-motrice dont ils faisaient une variété particulière sous le nom d'*Angina Pectoris vasomotoria.*

« Nothnagel publia ensuite quelques cas nouveaux de l'affection qui nous occupe et chercha à en élucider le mécanisme.

« Enfin Eulenburg et Landois en 1868 font, dans la *Wiener med. Woch.* un mémoire sur les névroses vaso-motrices et notamment sur l'Angine de Poitrine : les idées qui y sont contenues se retrouvent plus tard en grande partie dans l'article d'Eulenburg dans le *Ziemssen's Hamdbuch.* qui contient un état très complet de la question.

« C'est d'après cet auteur que nous allons passer rapidement en revue les symptômes qui constituent l'Angine de Poitrine vaso-motrice.

« Les principaux symptômes de cette variété d'*Angor*, ou du moins ceux qui lui donnent sa symptomatologie spéciale, sont les suivants :

« Tout à fait au début, sensations thermiques anormales dans les extrémités, sensations d'engourdissement, de froid, auxquelles correspondent objectivement la pâleur et quelquefois la teinte cyanotique, le refroidissement, la diminution de la sensibilité de la peau des extrémités. L'artère radiale elle-même offre au doigt un calibre moindre ; ses pulsations sont faibles et sur un tracé sphygmographique présentent une diminution notable d'amplitude. C'est là un fait qui a été constaté un certain nombre de fois et que l'on trouve signalé dans une des observations que nous avons publiées plus haut.

« Les phénomènes que nous venons de signaler suffisent et au-delà pour prouver qu'il ne s'agit pas là de pures sensations subjectives, mais bien d'un état anormal réel de la circulation, et ce trouble circulatoire, ce n'est pas dans le cœur qu'il a son origine, car pendant toute l'attaque d'Angine de Poitrine, c'est à peine si le rhythme cardiaque est modifié ; tout au plus note-t-on une légère augmentation du nombre et quelquefois de l'intensité des contractions cardiaques. »

Du reste, Bouchut, sous le nom de *Névrose du cœur*, ainsi qu'il nommait l'*Angor Pectoris*, avait déjà décrit dans la *Revue Médicale*, étant interne des hôpitaux, une observation où nous trouvons retracés, tous les caractères de l'Angine de Poitrine vaso-motrice :

OBSERVATION XL

(Bouchut. — *Revue Médicale*, 1841.)

Angine de Poitrine vaso-motrice.

Adélaïde Couvreur, dix-neuf ans, née à Paris, domestique dans la maison. — Cette fille, d'une bonne constitution, assez bien musclée, peau sale et huileuse, a les cheveux châtains. Elle porte depuis deux ans un eczéma de la peau du cou et de quelques autres parties du corps. Réglée pour la première fois à quatorze ans, elle voit cinq ou six jours à chaque époque. Elle n'a jamais eu de retard. Elle n'a point eu d'enfants ; c'est une orpheline abandonnée dès sa naissance ; elle ne connaît point sa famille. Sa santé a été excellente jusqu'ici ; elle s'enrhume quelquefois, n'a jamais eu d'affections nerveuses. Le dimanche, 4 août, je fus consulté par elle, dès le matin, pour un léger mal de gorge qui durait depuis plusieurs jours ; je visitai l'arrière-bouche, et n'y trouvai aucune altération.

Le soir, immédiatement après le dîner, elle fut prise d'étouffement ; puis elle

ressentit une violente contriction de la poitrine ; douleur vive au-dessous du sternum et au cou ; serrement à la gorge. Elle se coucha, et je la trouvai assise sur son lit, s'agitant dans tous les sens, et poussant de grands cris. Face pâle, gonflée, larmoiement des yeux. La peau est fraîche ; les extrémités sont froides ; sueur générale et froide ; suffocation imminente.

Douleur pongitive excessivement aiguë à la partie antérieure gauche de la poitrine. Forte contriction à la gorge ; la malade y porte continuellement la main pour enlever ce qui la gêne. Respiration haute, à vingt-quatre par minute. Elle s'accompagne d'un bruit croupal assez fort ; on ne voit rien au fond de la gorge. Voix faible, déglutition difficile et douloureuse. Battements de cœur faibles ; pouls régulier, un peu dur, à soixante-quinze ; les mouvements et le bruit que fait la malade rendent impossible toute auscultation. — Trente sangsues au cou. — Trois heures après, l'accès durait encore ; mais la douleur était moins vive, la constriction de la gorge moins pénible. Déglutition plus facile. Elle prend alors un julep avec :

Castoréum.	15 gouttes.
Liqueur d'Hoffmann.	6 —
Extrait de valérianne.	0 gr. 50

Lundi 5. — L'accès a duré jusqu'à ce matin quatre heures, ce qui a fait environ douze heures. En ce moment elle se trouve mieux ; la douleur n'existe plus, mais elle étouffe encore un peu. — Vingt-deux respirations par minute. — Pouls régulier, fort ; la respiration se fait purement dans tous les points de la poitrine. — Trente sangsues aux cuisses. Julep comme hier.

Étouffements peu considérables pendant deux jours. Le jeudi, elle était parfaitement remise, et se promena tout le jour. Pas de fièvre, bon appétit.

Dix jours après, 18 août, après une légère contrariété, nouvelle attaque, symptômes analogues, à l'intensité près. Le pouls reste calme. La respiration ne dépasse pas vingt-six. — Trente sangsues aux cuisses, julep comme plus haut. — Deux heures après tout avait disparu ; le lendemain elle reprit son travail. — J'ai revu cette femme le 15 février 1840, c'est-à-dire six mois après les deux premières attaques. Elle n'en avait pas eu d'autres, et se portait à merveille.

Voilà bien les symptômes de l'*Angor* vaso-moteur ; violente constriction de la poitrine, douleur vive au-dessus du sternum, douleur pongitive excessivement aiguë, constriction à la gorge, agitation, cris, pâleur de la face, anxiété, — extrémités glacées, sueurs froides. Certes le tableau est complet.

Le Dr Huchard relate dans la *Revue de Médecine*, plusieurs exemples d'Angine de Poitrine vaso-motrice.

A cette observation, nous pensons devoir joindre le résumé d'une autre publiée par Cordes dans le *Deutsches Archiv für klinische Medicin.*, 1874. Bien que plus complexe que les précédentes, à cause de l'invasion d'un rhumatisme articulaire aigu, elle présente d'une façon intéressante certains symptômes sur lesquels nous aurons à revenir tout à l'heure :

OBSERVATION XLI

(Cordes)

Angine de Poitrine vaso - motrice.

Dame du meilleur monde, âgée de trente et un ans, ayant eu des crises nerveuses convulsives à l'âge de huit ans. — Manifestement hystérique. — Attaque de rhumatisme articulaire aigu ; gonflement du bras gauche, contre lequel on emploie les sangsues. — Huit jours après le début de ce rhumatisme survient un accès d'Angine de Poitrine ; pendant les trois mois qui suivirent, ces accès se reproduisirent environ une douzaine de fois.

Très peu de temps avant l'accès, les extrémités, surtout les inférieures, deviennent froides, pâlissent, les ongles se cyanosent ; l'abaissement de température était généralement très sensible au toucher, et continu ; il était surtout accentué aux extrémités des membres, aux pieds et aux mains et diminuait en allant vers le tronc, qui, de même que la tête, restait à une température à peu près normale. Rien ne pouvait réchauffer la malade ; frictions, brosse, bains de pieds chauds et excitants restaient sans effet ; ceux-ci réchauffaient bien les membres tant qu'ils y étaient plongés, mais le refroidissement survenait dès qu'on les retirait de l'eau ; les sinapismes rougissaient la peau, mais, dès qu'on les enlevait, la rougeur qu'ils avaient déterminée disparaissait bien plus rapidement qu'à l'ordinaire.

Pendant l'attaque, la carotide, la radiale et toutes les autres artères superficielles faciles à observer étaient revenues sur elles-mêmes et présentaient une forte tension. Quoique le pouls fût un peu plus rapide qu'à l'état normal, Cordes pense que cette accélération ne doit pas être mise sur le compte de l'Angine de Poitrine elle-même, mais plutôt rapportée aux mouvements continuels de sa malade, qui ne pouvait rester un instant dans la même position. La pupille gauche était élargie ; le trajet du grand sympathique était douloureux à gauche.

Pendant les trois mois qu'il observa la malade, il remarqua que les accès furent toujours causés uniquement par des impressions psychiques (chagrin, colère).

Le cœur fut toujours interrogé avec le plus grand soin, et jamais, malgré la présence d'un rhumatisme articulaire aigu, on ne constata la moindre affection de cet organe.

OBSERVATION XLII

(H. Huchard. — Loc. cit.)

Angine de Poitrine vaso - motrice.

Mme de P..., trente ans, non rhumatisante, indemne de toute affection diathésique, très impressionnable, nerveuse, a été prise, il y a trois ans pour la première fois, au moment d'un dîner, d'une angoisse et d'une douleur précordiale violente avec irradiations dans l'épaule et le bras gauche. Mais depuis deux ans ces accès, qui se reproduisent presque tous les deux ou trois jours, le plus souvent sans cause, sont surtout caractérisés par des troubles vasomoteurs qui précèdent l'attaque : sensation de « froid affreux » avec claquement de dents, partant des membres inférieurs et durant parfois trois quarts d'heure ; abaissement notable de la température, puis nausées et léger état syncopal. C'est alors que survient la douleur précordiale laquelle torture la malade pendant une ou deux heures. Depuis un an, les accès ont diminué d'intensité, mais ils sont plus fréquents : ils reviennent presque tous les soirs ou pendant la nuit. L'examen des organes ne permet de constater aucune lésion.

OBSERVATION XLIII

(Dr Huchard. — Loc. cit.) — Angine de Poitrine vaso-motrice.

J'ai été consulté tout dernièrement par Mme L. B..., âgée de trente-quatre ans, femme d'un de nos honorables confrères. Pale, anémique, extrêmement nerveuse et impressionnable, elle souffre depuis quatorze mois de palpitations cardiaques très pénibles, contre lesquelles toutes les médications ont échoué. Ces palpitations surviennent surtout pendant la nuit, et sont d'abord suivies de quelques sensations anginoïdes : douleur au cœur, angoisse précordiale, sensation de cœur trop gros ; puis elle éprouve quelques fourmillements dans le bras gauche, avec sensation du doigt mort.

Un jour, je la vois arriver à moi avec l'effroi peint encore sur son visage ; elle venait d'éprouver *pendant plus d'une heure*, une attaque de douleur précordiale très violente avec une angoisse telle que, deux heures après, le souvenir la terrifiait encore et lui faisait toujours craindre une fin prochaine. La face était pâle, bouleversée, les extrémités froides lorsque je la vis.

Elle me raconta que la veille, elle avait été prise un peu *avant minuit* d'un frisson général intense avec claquement de dents, tremblement des membres, refroidissement considérable très appréciable à la main, sueurs très froides et un peu d'état cyanotique des extrémités. Son mari, qui est médecin, constata en même temps la petitesse extrême du pouls. Puis survint une oppression très violente, une douleur très vive avec angoisse extrême et crainte de mort prochaine. La douleur qui existait non pas sous le sternum, mais dans toute la région précordiale et surtout à sa partie moyenne, au niveau du quatrième espace intercostal, était caractérisée par une sensation de plénitude, de distension du cœur, de « cœur trop gros » ; elle présentait des irradiations vers le cou, l'épaule et l'avant-bras avec engourdissement et pseudo-parésie du membre supérieur gauche. En même temps, il y avait des palpitations très vives ; le cœur venait frapper violemment la paroi précordiale, et de plus la malade présentait alors une anhélation réelle. Cet état persista pendant une heure ; une nouvelle crise moins forte se reproduisit pendant la nuit, puis le lendemain matin, mais en laissant persister une sorte d'anéantissement moral et physique pendant plusieurs jours.

L'examen plusieurs fois répété du cœur et des vaisseaux fut absolument négatif.

J'ai revu cette malade douze jours après ; elle présentait une hémianesthésie gauche incomplète, une anesthésie complète du pharynx et de l'épiglotte, une douleur très légère au niveau de l'ovaire gauche ; les extrémités étaient encore froides, et, à plusieurs reprises depuis ses crises de pseudo-angine, elle avait encore été prise de sentiment d'angoisse sans douleur vive, de plénitude et de distension cardiaque, de palpitations, avec quelques phénomènes de syncope locale dans les deux mains. Mais un nouvel accident s'était produit : elle avait eu quelques crachements de sang que je rattachai à l'hystérie, en l'absence de tout phénomène stéthoscopique du côté des poumons. Du reste, elle avait eu déjà plusieurs hémoptysies qui n'avaient jamais laissé aucune trace, et surtout à l'âge de quinze, de seize et de dix-sept ans, époque à laquelle Demarquay, consulté, crut toujours à l'imminence d'une tuberculose sans jamais en constater les signes.

Nous trouvons dans le mémoire de M. Liégeois une observation inédite, écrite par le Dr L. Jacquemin, et découverte après sa mort par M. Liégeois dans sa bibliothèque. Cette observation nous semble entrer dans le cadre de l'Angine vaso-motrice, bien mieux que dans celui de l'Angine de Poitrine hystérique, où M. Liégeois incline à la ranger.

OBSERVATION XLIV

(Dr Jacquemin)

Angine de Poitrine vaso-motrice suivie de mort.

« Appelé le 25 juin 1845 près de Madame J... de H..., cette femme ne présenta à mon examen que des pulsations assez énergiques, un peu de malaise et de gêne du côté gauche, tant dans la région du cœur que dans les membres thoraciques. — Point de douleur de tête, respiration bonne, anorexie, mais aucune sensibilité de l'abdomen. Il n'y avait rien de grave dans ces symptômes, je rassurai la malade, et comme elle avait une transpiration assez abondante, je pensai qu'il fallait se borner à favoriser les sueurs, — mais quel ne fut pas mon étonnement, lorsque quatre heures après ma visite, je fus appelé en grande hâte auprès de la malade et rencontrai les symptômes suivants :

« Spasmes presque continuels de tous les membres, Madame J... se retirait sous ses couvertures avec une expression de stupeur, disant qu'elle éprouvait un froid glacial et pourtant la transpiration continuait très abondante et la peau était même remarquablement chaude (1) ; puis à chaque instant elle retirait convulsivement ses couvertures sur sa poitrine jusqu'à la bouche, toujours dans la crainte d'avoir froid ; du reste, intelligence intacte, point de céphalalgie, seulement léger sentiment de gêne dans la région du cœur. — Il lui est impossible d'avaler une goutte d'eau ; spasmes qui paraissent remonter du centre épigastrique jusqu'à la gorge.

« J'appris alors que la malade *avait éprouvé une frayeur* quelques jours auparavant et comme elle était d'un tempérament nerveux très prononcé, voici mon diagnostic : spasmes nerveux provenant d'une frayeur et mon pronostic : maladie peu dangereuse.

« Les choses ne devaient pas en rester là, — les spasmes devinrent plus violents, la malade finit par ne plus se plaindre du froid dans le moment des spasmes, — elle se jetait de tous côtés, se cramponnait à tout ce qu'elle pouvait accrocher, poussait des cris perçants, disait que sa maladie remontait à la gorge, qu'elle étouffait, puis le visage empreint de frayeur et avec un sentiment de profonde conviction, elle s'écriait qu'elle allait mourir. Que faire cependant ?... J'avais envoyé chercher à la ville voisine (à huit kilom.) des antispasmodiques qui n'arrivaient pas ; je me décidai à faire une saignée ; le sang coula très difficilement, et à peine quelques gouttes furent-elles sorties de la veine qu'il survint une demi-syncope. Dès lors, la scène changea. la malade qui n'avait déjà plus de connaissance avant la saignée, ne la recouvra pas, les spasmes devin-

(1) Nous avons déjà noté, dans notre chapitre des symptômes, l'apparition de sueurs abondantes comme signe de début des accès chez un malade de M. J. Renaut, de Lyon, et un malade de M. le Dr Raillard, de Dax. (V. obs. XXII.)

rent bien moins violents ; il n'y avait plus que quelques soubresauts dans les membres supérieurs ; les pupilles étaient dilatées et insensibles, une grande quantité de salive visqueuse et spermeuse sortit de la bouche, le cœur ne battait plus, la malade était morte. »

Certainement, le Dr Jacquemin en décrivant cette observation à laquelle il ne manque que l'étiquette « Angine de Poitrine vasomotrice » n'a pas pensé à cette dernière maladie. Son attention a été attirée par les symptômes bruyants des spasmes extérieurs. Persuadé que tout ce tapage allait s'éteindre de lui-même chez une femme hypéresthésique ; il n'a pas songé un seul instant, car il eut agi plus activement et fait, en attendant mieux de la médecine révulsive énergique (ventouses sèches, sinapismes, vésicatoires instantanés), il n'a pas songé, dis-je, que ce même état spasmodique, que cet affaissement profond existaient aussi pour le cœur ; que cet organe était en état de souffrance, que le sang lui faisait défaut sans doute et que les préparatifs d'une saignée, allaient augmenter les spasmes intérieurs et extérieurs de la malade et sa frayeur de la mort. La vue du sang, et surtout du sien, chez une personne aussi nerveuse pouvait, et devait même provoquer une syncope mortelle. En réalité, il y avait chez cette malade une dépression générale, une sidération profonde, de l'*olighémie cérébrale* et de l'*olighémie cardiaque certainement* ; était-ce bien à la lancette qu'il fallait avoir recours ? Nous ne le croyons pas.

Si l'ancien adage, *febris solvit spasmos*, est toujours vrai, nous devons dire bien haut que l'ouverture de la veine est loin d'offrir les mêmes avantages. Et nous nous rappelons à cet égard un malade qui nous a fait cruellement repentir d'avoir eu recours à la saignée. En voici l'histoire en quelques lignes.

C'était au début de ma pratique civile ; un cultivateur contracte en s'étendant pour dormir sur le sol humide, un tétanos qui, en quelques heures, envahit tout son corps. — Je le traite par l'opium et le chloroforme à hautes doses, mais voyant le mal me gagner de vitesse, je demande en consultation un médecin d'Angoulême ; mon confrère conseille une abondante saignée, — j'obéis à contre-cœur ; je n'avais pas tiré trois cent cinquante grammes de sang que mon malade mourait suffoqué dans un tétanisme encore plus violent. Je n'ai jamais oublié cette leçon, et excepté dans des attaques d'éclampsie, je n'ai phlébotomisé de ma vie pendant un spasme ou une convulsion !

Du reste, ce ne sont pas les observations d'*Angor Pectoris* vaso-motrice qui nous font défaut ; elles se pressent sous notre plume et tout nous démontre qu'à notre époque de Nervosisme latent ou avéré, cette forme de la maladie doit être une des plus fréquentes.

OBSERVATION XLV

(Dr Gauthier, mém. cité p. 83).

Angine de Poitrine d'origine vaso-motrice chez un arthritique névrosique.

M. L..., âgé de soixante-deux ans, présente des antécédents héréditaires arthritiques très nets. — Lui-même souffre depuis longtemps de coliques néphrétiques, d'accès dyspnéiques avec congestion pulmonaire, de prostatite chronique. Il est. de plus, d'une irritabilité nerveuse extraordinaire, la moindre émotion, la plus petite contrariété jettent un trouble profond dans tout son système nerveux. Depuis deux ans, il est devenu d'une susceptibilité étonnante au moindre *refroidissement*. La sensation de froid la plus légère, comme celle de se laver à l'eau fraiche, de se coucher dans des draps frais, d'entrer dans une pièce un peu froide, a pour effet de produire sur lui un frisson général avec pâleur des tissus, refroidissement et teinte cyanotique des extrémités, petitesse du pouls et en même temps il est pris de palpitations et quelques secondes après d'une violente douleur sous le sternum avec angoisse considérable, constriction d'une épaule à l'autre, irradiation dans les tempes et l'épaule gauche jusqu'à l'extrémité du petit doigt. *La chaleur seule*, l'enveloppement du malade dans des couvertures de laine fait disparaître la crise qui sans cela durerait très longtemps.

Le volume et les bruits du cœur sont normaux, et on ne constate aucune lésion dans l'appareil circulatoire ; notons cependant qu'à une auscultation prolongée, on entend toutes les quatre ou cinq minutes, une contraction du cœur arythmique et chaque fois, si légère que soit cette arythmie, le malade en a la perception très nette dans les tempes et dans les oreilles et cela en vertu de sa grande impressionnabilité nerveuse.

Les troubles vaso-moteurs sont encore plus nettement accusés dans l'observation suivante :

OBSERVATION XLVI

(Péter, loc. cit., t. I, p. 489)

Angine de Poitrine vaso-motrice.

Au commencement d'un repas, après l'ingestion de quelques bouchées seulement, le malade fut pris d'un sentiment d'angoisse douloureuse dans la région rétro-sternale supérieure ; il n'y avait pas douleur dans les bras mais ils étaient comme alourdis, il y avait pâleur excessive de la face, refroidissement des extrémités et tendance à la syncope. Quand j'arrivai, quelques minutes après le début de l'accident, le visage n'était pas seulement d'une excessive pâleur ; mais les yeux étaient un peu excavés comme par une attaque de choléra, la voix était éteinte, la peau froide, couverte d'une sueur abondante et visqueuse, le pouls filiforme et ralenti, battant cinquante fois seulement. (Le pouls normal du sujet est de soixante-seize.) Une douleur sourde existait encore à la région du plexus

cardiaque avec sentiment de gêne, de constriction et de plénitude portant parfois le malade à faire de grandes inspirations ou à pousser des soupirs.

L'attaque avait été assez violente pour que le malade en restât deux jours très affaibli. Le pouls ne reprit son ampleur et son rythme qu'au bout de ce temps. Quelques jours avant cette grande attaque, le malade avait éprouvé des symptômes analogues mais très peu accentués encore. *Depuis quelque temps, il était sous l'impression de vives préoccupations de famille, et la maladie d'un enfant qu'il aimait tendrement était venue mettre le comble à ses ennuis. Il va sans dire que le personnage est très nerveux, et prend les choses à cœur, comme on dit.*

OBSERVATION XLVII

(Dr Liégeois (1). — Mém. cité p. 190).

Troubles vaso-moteurs caractérisés par du vertige précédant un accès d'Angine de Poitrine. — Persistance de ce vertige et apparition de troubles de la vision et de coordination du mouvement dans les dix jours qui suivent le paroxysme. — Quatre jours après l'accès, hoquet rebelle.

Élise G..., domestique, âgée de quarante-deux ans, entrée à l'hôpital le 8 février 1875. Elle est interrogée le 9 février.

C'est une femme robuste, encore abondamment réglée, mère de plusieurs enfants tous vivants. Les règles existent depuis trois jours. Elle est d'habitude très nerveuse, prête à s'emporter pour un motif futile, mais elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs, de maux d'estomac, de douleurs abdominales.

Le 6 février, à midi, après avoir dîné, Élise G..., jusque là très bien portante, prise seulement de ses règles le matin même et sans douleur, se leva pour gagner la pierre d'évier, mais elle eût un vertige ; tout tournait autour d'elle, elle ne tomba pas parce que sa maîtresse arriva à temps pour la soutenir. Elle vomit tout ce qu'elle avait mangé ; on la mit au lit. Elle eût alors une violente céphalalgie temporale droite et vomit presque toutes les demi-heures, jusqu'au 7 février au soir, veille de l'entrée à l'hôpital. *(Accès de migraine ophthalmique.)*

Le 6 février, à quatre heures du soir, nouveaux symptômes ; la malade ne put ouvrir les yeux, elle avait des douleurs contusives dans la région orbitaire gauche, une douleur profonde, des bourdonnements d'oreille, puis elle éprouva en plein cœur une sensation bizarre, comme si quelque chose la serrait ; elle s'assit brusquement et instinctivement sur son lit de crainte d'étouffer. La région cervicale gauche était raide comme dans le torticolis (ceci rappelle un peu les cas de Léoni et de M. A. Dubois), l'épaule du même côté était endolorie et les doigts de la main gauche étaient le siège de fourmillements. Voilà un accès d'*Angine de Poitrine.*

Le cœur, sans lésions, bat à quatre-vingt-quatre.

---

(1) Cette observation de M. Liégeois, à cause même de l'accès de *migraine ophthalmique* qui précéda l'*Angor*, doit être rapprochée de celle accompagnant l'irritation spinale relatée plus loin, que le même auteur a bien voulu nous communiquer, mais où la migraine de l'œil précéda l'Angine de bien plus longtemps.

Le 10 février, au matin, apparait un autre symptôme, le hoquet. N'a pas dormi la nuit. A été agitée, quoique se trouvant mieux. — Ouvre un peu les yeux. Constipation. (Quatre pilules écossaises.)

Le 11 février, hoquet toute la nuit ; il existe encore à la visite ; la constipation persiste. (Vingt-cinq grammes de sulfate de magnésie, inspirations d'éther nitrique.)

12 février. — Pas de sommeil, agitation, céphalalgie, ferme toujours les yeux, dit ne voir pas clair, fourmillements dans les doigts de la main gauche, intelligence très lourde, répond vite et bien aux questions.

A la contre-visite, persistance du hoquet ; douleurs à la pression entre les attaches du sterno-cléido-mastoïdien gauche. — A eu cinq selles dans l'après-midi. — Ferme encore les yeux, voit trouble, marche difficilement, tête tourne, langue non déviée. (Potion avec sirop de morphine, injection morphinée au niveau du sterno-cléido-mastoïdien.)

13 et 14, diminution du hoquet, fourmillements dans la main gauche, vide dans la tête, strabisme convergent, a peine à s'asseoir sur son lit, se penche à droite et craint de tomber de ce côté.

Ce n'est que le 21 février, après que ces divers phénomènes, hoquet, strabisme, affaiblissement de la vue, dipoplie, fourmillements dans les bras, gastralgie, se sont amendés, que la malade se trouve un peu mieux et qu'elle sort incomplètement guérie.

Cette observation ne rentrerait-elle pas plutôt dans le cadre de l'Angine de Poitrine hystérique que dans celui de l'Angine vasomotrice ? il me semble qu'elle y serait mieux placée, car ces troubles divers affectant successivement l'estomac, les yeux, le cœur, sont des parésies hystériques et une image assez fidèle de ce qu'on est convenu d'appeler l'*hystéricisme ?*

3° Angine de Poitrine Neurasthénique

Nous proposons d'englober sous cette unique dénomination tous les *Angors* apparaissant sous l'influence de ces états divers appelés différemment selon le caprice des auteurs, ou selon le siège principal de la douleur accusée çà et là par les malades : Irritation spinale, Névrose cérébro-cardiaque, Névralgie générale, Hypocondrie, Neurasthénie ou Névropathie. Dans toutes ces affections il existe, en effet, bien des points communs qui permettent de croire qu'elles sont de la même famille et des expressions diverses de la même modalité, le Nervosisme.

L'Angine de Poitrine Neurasthénique a été très bien étudiée par M. Hérard (1), il lui assigne les caractères suivants : plus fréquente

(1) Hérard. — Nervosisme — Angine de Poitrine. — *Union Médicale* 1867, p. 359.

chez la femme que chez l'homme, elle peut se montrer à tous les âges, mais surtout avant la ménopause ; ses accès, d'une certaine durée, d'une demi-heure jusqu'à deux et trois heures, se répètent fréquemment et souvent périodiquement ; ils apparaissent surtout la nuit comme la laryngite striduleuse et l'asthme nerveux, — quant à ses manifestations, elles consistent plutôt en un sentiment de plénitude, de tension, ou de distension du cœur qu'en une tension aiguë, un coup d'épée, de poignard, une griffe de fer. Ce poids, qui oppresse et fatigue, siège plus souvent en plein cœur qu'à gauche du sternum. Enfin très souvent des phénomènes vaso-moteurs l'accompagnent ou la précèdent. Les malades présentent des signes d'ischémie cérébrale ou tout au moins de la dyschémie. Enfin, tous ces troubles sont passagers, disparaissent assez facilement et la guérison en est la règle.

OBSERVATION XLVIII

(Dr H. Huchard. — Loc. cit., p. 498).

Angine de Poitrine neurasthénique.

Mme L. S..., âgée de cinquante-cinq ans, femme distinguée, fort intelligente, très impressionnable, a des antécédents arthritiques des plus accusés : *grand-père* mort de goutte, *père* hémorrhoïdaire et migraineux, *mère* ayant eu des coliques hépathiques. Elle a quatre enfants : un *fils* de trente ans qui a eu dans son enfance des accès fréquents de faux-croup et qui, il y a trois ans, a eu des hémoptysies fort abondantes, non suivies de tuberculose, que j'ai toujours regardées comme d'origine arthritique; une *fille*, impressionnable à l'excès, hystérique (accès de pleurs, météorisme abdominal, diarrhée ou constipation, palpitations fréquentes, terreurs nocturnes, quelques phénomènes vagues d'anxiété précordiale, etc.) ; une autre *fille* également hystérique, atteinte depuis plus de trois ans d'anorexie hystérique, ayant un caractère mobile, fantasque, capricieux.

Il y a quinze ans, cette malade a déjà eu des accidents spasmodiques assez variés, parmi lesquels il faut signaler : un état de contracture du sphincter anal tel que deux chirurgiens des plus éminents crurent à l'existence d'une fissure dont tous les effets disparurent comme par enchantement au moment où ils se disposèrent à pratiquer la dilatation de l'anus ; un spasme œsophagien qui nécessita même l'emploi du cathétérisme œsophagien. Puis, dans l'intervalle de plusieurs années, elle eut des accidents divers : spasmes de l'intestin, pseudo-tumeurs intestinales, concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin, herpès génital avec douleurs très vives précédant l'éruption vésiculeuse, spasme du col de la vessie, etc. De temps à autre, accès de désespoir, urines claires limpides et abondantes et d'autres fois chargées d'acide urique et d'urates. Il y a deux ans, accès de palpitations, phénomènes du doigt mort, insomnie persistante, fatigues inexplicables, symptômes d'irritation spinale.

Il y a douze mois, pendant trente jours consécutifs, sans cause connue, elle est réveillée en sursaut presque toujours à la même heure, de une heure à deux heures du matin (la malade se couche ordinairement de onze heures à minuit) ;

elle se lève sur son lit, en proie à une anxiété profonde et indéfinissable, a une douleur violente à la partie supérieure de la région précordiale, d'autres fois à sa partie moyenne à gauche, d'autres fois encore exactement sous le sternum. Elle éprouve rarement la sensation complète de constriction de la poitrine, mais il s'agit plutôt de la sensation d'un cœur énorme qui va faire éclater le thorax ; puis la douleur se propage au cou, aux mâchoires, à l'œsophage, où elle produit une véritable dysphagie pour redescendre à l'épaule, au bras droit et jusqu'aux deux derniers doigts, où se produit le phénomène du doigt mort. Deux fois, les irradiations sont bilatérales aux membres supérieurs. Cette attaque, qui dure une demi-heure, mais plus souvent une heure et même deux heures s'accompagne de refroidissement général, de sueurs froides, appréciables surtout à la face et à la paume des mains. La malade est très effrayée de cet état, d'autant plus qu'il ressemble, dit-elle, aux accès d'Angine de Poitrine extrêmement violents éprouvés par un de ses parents, le général C..., âgé de soixante-quinze ans. Mais le cœur est absolument indemne de toute lésion ; la durée des accès, leur forme, leurs allures, etc., indiquent qu'il s'agissait bien plutôt de pseudo-angine chez une neurasthénique et arthritique. Je la rassurai de mon mieux, prédisant à ces douleurs une issue favorable. Or, un beau jour, sans cause connue, les accès disparaissent pour ne plus jamais revenir. Depuis cette époque, Mme L. S... a continué sa vie tourmentée par les névralgies et les affections spasmodiques les plus diverses et les plus nombreuses.

OBSERVATION XLIX

(Dr H. Huchard Opere cit.)

Angine de Poitrine Neurasthénique.

Mme L. B..., névropathique, âgée de quarante-sept ans; est née d'un *père* très rhumatisant, d'une *mère* qui a été atteinte de gravelle ; une de ses *filles* a eu des coliques hépathiques après une grossesse ; une autre, âgée de seize ans, est extrêmement développée et presque obèse. Elle-même a eu à plusieurs reprises de l'eczéma, quelques douleurs vagues dans les membres, des nevralgies erratiques et dernièrement un rhumatisme articulaire apyrétique n'ayant occupé que les articulations du coude et du poignet. Elle a éprouvé à différentes reprises des douleurs vives dans la région lombaire, quelques accidents de spasme vésical, et depuis sept ans elle se plaint d'une faiblesse singulière des membres inférieurs sans avoir jamais rien eu qui pût faire supposer l'imminence d'une vraie paraplégie (myélasthénie). Il y a deux ans, pendant huit jours consécutifs, elle a été réveillée tous les matins, presque à la même heure (de quatre heures à cinq heures), par des « accès d'oppression très douloureuse ». Tout à coup elle se lève, comme en proie à un cauchemar des plus pénibles ; elle « sent alors que sa respiration n'est pas en cause, car elle respire librement ; mais elle éprouve une sensation étrange, une angoisse indéfinissable avec crainte de la mort ; la poitrine semble trop étroite pour contenir le cœur, qui se gonfle et va éclater ; la douleur parcourt ensuite l'épaule gauche, le coude, l'avant-bras et parvient aux deux derniers doigts, qui sont le siège d'un engourdissement très pénible. » Cet état dure une heure et demie à deux heures, sans laisser d'autres traces qu'un certain anéantissement et de la prostration des forces. Puis tout disparaît au bout de douze jours, et depuis un an et demi cette femme, qui ne présente rien d'anormal du côté du cœur ou de l'aorte, n'a plus jamais rien éprouvé de semblable.

OBSERVATION L

(Dr H. Huchard. Opere cit.)

Angine de Poitrine Neurasthénique.

L'histoire de Mlle X... Lucie, treize ans, fille unique, brune (en avance sur les enfants de son âge, tant par son développement intellectuel que par son développement physique), est fort instructive : dès l'âge de trois ans, on peut entrevoir pour elle tout un avenir névrosique auquel semblent du reste l'appeler ses ascendants : *(grand père paternel* arthritique, mort à quatre-vingt-six ans, d'un catarrhe pulmonaire ; *père* arthritique ; *grand-père maternel* mort d'une tumeur cérébrale ; *grand'mère maternelle* morte à soixante et onze ans, d'une attaque apoplectique ; *mère* morte à quarante-sept ans, d'Angine de Poitrine entée sur une cardiopathie post-rhumatismale). Depuis l'âge de trois ans jusqu'à ce jour, Mlle X... n'a guère laissé échapper une seule occasion de montrer ses tendances au nervosisme. A propos de petites amygdalites, à propos d'une rougeole, à propos d'indispositions légères et d'états fébriles innommés, à propos d'allongements brusques survenus dans sa taille, — du 10 avril 1883 au 11 mai 1883, elle grandit de 0,025 millimètres ! — elle souffre de maux de tête, de photophobie, de vomissements, de douleurs irradiées par les membres, si bien qu'à plusieurs reprises, tant à Paris qu'ailleurs, les médecins parlent de méningite.

En juin 1882 s'établissent les règles. Dans les premiers jours de septembre 1882, douleurs autour de la hanche gauche, douleurs assez vives dans la marche pour qu'on fasse garder le lit à l'enfant. C'est dans ces conditions, qu'à sept heures du soir, sans cause apparente, survient l'accès d'Angine de Poitrine : douleur sternale, sensation de constriction et d'enserrement du thorax, anxiété, terreur, irradiations douloureuses au cou et à l'épaule gauche, pâleur de la face, sueurs froides. Cet accès dure une minute et se reproduit identique dans la soirée, pour revenir le lendemain dans la journée, cette fois avec moins d'intensité et de durée. Les jours suivants, pas d'autres troubles que des accès de céphalée, des myalgies mobiles et des douleurs spontanées ou provoquées autour de la hanche gauche.

En cherchant les causes occasionnelles, locales ou générales qui avaient bien pu déterminer l'accès d'Angine, je n'ai pu suspecter que des causes générales. Le volume et les bruits du cœur étaient normaux, sauf des accès de palpitations auxquels l'enfant était sujette depuis quelque temps, ce qui ne l'empêchaient ni de jouer ni de courir avec ses compagnes. Je ne trouvai donc rien dans l'appareil circulatoire. La seule chose véritablement importante dans l'espèce, est que les accès d'Angine surgissaient le 14 et 15 septembre, alors qu'on surprenait encore un de ces allongements rapides de la taille dont il a déjà été parlé ; du 29 août au 1er octobre, c'est-à-dire en trente-trois jours, l'enfant grandissait de un centimètre ; nous pensâmes alors qu'il en avait été du branle-bas imposé à l'économie tout entière par cet allongement comme des pyrexies légères de la première enfance ; nous pensâmes, qu'à la faveur des mutations organiques suractivées par l'accroissement de la taille, s'étaient déclarés les troubles fonctionnels cardialgiques, qui n'étaient, à tout prendre, que les analogues de crises anciennes de photophobie, de céphalée et de vomissements.

OBSERVATION LI

(Dr Liégeois. — Mém. cité, p. 189)

Neurasthénique atteint de tremblements nerveux. — Tic douloureux ancien. — Accès émotionnels ou d'épigastralgie ou d'Angine de Poitrine.

M. S..., âgé de vingt-deux ans, que je vis le 31 décembre 1875, est un jeune homme au teint frais, ayant des apparences féminines. Il a déjà éprouvé bon nombre d'accidents nerveux ; « cela tient de famille », dit-il. La mère est névropathe.

M. S... à la moindre émotion un peu vive est pris de tremblement du membre supérieur gauche.

Durant toute l'année 1874, il a ressenti dans les dents des élancements soudains, précipités, excessivement douloureux, se présentant quatre ou cinq fois par jour, pendant un quart d'heure environ chaque fois, accompagnés de congestion du visage et d'injection des yeux avec grimacements involontaires. — Trois dents cariées furent extraites sans résultat, — le tic douloureux continua et il a cessé spontanément dans les premiers jours de 1875.

Enfin, quand M. S... apprend une bonne nouvelle ou qu'il s'attend à recevoir quelqu'un de la famille et que celui-ci se présente à lui, il éprouve tout à coup ou bien une douleur très vive au creux épigastrique s'irradiant parfois dans les hypocondres droit et gauche et apaisée par la pression, ou bien une douleur sous-sternale, également très vive, constrictive angoissante, s'irradiant jusque dans l'épaule gauche, mais ne durant jamais plus de dix minutes ; cette dernière a tous les caractères de l'Angine de Poitrine.

OBSERVATION LII

(A. Dubois. — Angine de Poitrine et Burquisme, *Gaz. Méd. de Picardie*, avril 1884, p. 59 et 60).

Neurasthénique atteinte d'Angine de Poitrine (abrégée)

Il s'agit d'une femme robuste de cinquante-huit ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, sauf lors de la ménopause, époque où elle eût quelques métrorrhagies, — elle avait eu sept enfants tous bien portants. — Vers le mardi-gras de 1882, cette dame éprouva de vives contrariétés et eût à souffrir par contrecoup de violents accès d'*Angor Pectoris*. « Poitrine serrée comme dans un étau, douleur sous-sternale avec irradiation dans le bras gauche, trismus de la mâchoire inférieure, opisthotonos des muscles du cou et du dos, cri rauque et étouffé au début de l'accès, — enfin, angoisse, peur de la mort. — A partir du jour du mardi-gras, ces accès, d'abord espacés, se rapprochèrent et se renouvelèrent plusieurs fois à peu d'intervalles les uns des autres et le jour et la nuit. Bientôt ses forces faiblirent et il vint un moment où elle ne pouvait plus se lever, remuer, entendre quelque bruit, sans que l'accès reparût aussitôt. Son mari et ses enfants ne la quittaient point et ne la laissaient pas aller seule au cabinet de peur qu'elle n'y mourût sans secours. — L'auscultation du cœur ne révélait aucun trouble, et cependant le danger augmentait de jour en jour.

M. Dubois s'étant assuré que la malade devenue très nerveuse (anesthésie et amyosthénie) avait l'aptitude métallique *acier*, la soigna par la méthode de Burcq avec des plaquettes d'acier environnant la poitrine, les membres et le bras, et de l'eau ferrugineuse à l'intérieur. — Elle guérit très bien.

OBSERVATION LIII

(A. Dubois. — Loc. cit., p. 56 et 57)

Angine de Poitrine neurasthénique. — Traitement métallothérapique.

Homme de nature très nerveuse, d'une vivacité et d'une activité très grandes. Infatigable à la marche ; le repos absolu de son corps est chose impossible. Sa figure, toujours contractée, semble agitée de mouvements spasmodiques ; la volubilité de sa parole est telle que souvent il est impossible à comprendre. Il a une exubérance de gestes qui ne concordent pas toujours avec sa pensée.

Son père est mort diabétique à quarante ans, sa mère est atteinte de somnambulisme, l'aînée de ses filles est aussi somnambule, son frère est mort de phthisie laryngée, des sœurs sont décédées jeunes, atteintes d'hydrocéphalie.

Homme politique, le malade a eu dans ces derniers temps de nombreuses préoccupations qui ont fatigué son esprit et son corps. Doué d'une grande intelligence et d'une grande facilité de travail, il donnait à ses travaux au moins quinze heures par jour ; migraines parfois périodiques.

Dans les premiers jours de décembre 1881, M. X..., pressé par le train, oublie sa valise et court à contre-vent après sa voiture pour la reprendre ; il revient sur ses pas, monte précipitamment en wagon où il est pris d'un accès très violent d'Angine de Poitrine qui dure environ une demi-heure et le force à se tenir debout sans pouvoir s'asseoir une minute (1).

Quelques jours après, M. X... va à une grande chasse. Pour gagner le lieu du rendez-vous, on loue un cheval ; le cheval étant rétif, ses amis et lui se mettent à pousser la voiture par un temps mauvais et un grand vent ; deuxième accès. Troisième accès au retour en wagon.

A partir de cette époque, les accès se produisent plusieurs fois par jour et par nuit. Ils le prennent presque toutes les nuits au milieu du sommeil le plus profond ; un changement de température, le passage d'un appartement dans un autre, des mouvements trop brusques, l'action de monter un escalier, d'écrire, de toucher du piano, de lire, rappellent les paroxysmes. Un accès a été suivi de congestion pulmonaire avec crachements striés de sang.

Voici en quoi consistaient les crises : tout à coup M. X... était pris d'une douleur sternale atroce qui l'étreint et l'immobilise ; c'est une oppression accablante, la voix est entrecoupée, son cou et sa mâchoire inférieure sont le siège d'une constriction des plus cruelles ; le facies hagard exprime l'anxiété, la terreur. Sa tête est renversée en arrière et le rachis est fortement étendu comme dans l'opisthotonos. L'entrée de l'air dans les voies respiratoires est accompagnée d'une espèce de cri rauque et étouffé. Les crises duraient quelquefois plus d'une heure sans irradiation bien marquée de la douleur dans les membres supérieurs, pas plus dans le gauche que dans le droit, cette irradiation étant remplacée comme dans la variété de la maladie décrite par Léoni (2), par la contracture spasmodique des muscles du cou et des épaules. Pas de lésion cardiaque, — ni sucre, ni albumine dans les urines. L'insensibilité était poussée

(1) Nous avons vu dans l'observation XXII la même cause, une course précipitée, donner lieu à un premier accès d'*Angor*.

(2) Léoni. — Considérations sur la Névralgie des nerfs intercostaux. — Thès. doct. Paris, 1858.

à un tel point chez cet homme, qu'un vésicatoire posé du côté droit de la poitrine en arrière ne produisit aucune douleur bien qu'il soulevât une grande cloche. Du 28 octobre au 12 février 1882, bromure de potassium, sirop de morphine, cigarettes de stramonium, eau de Vichy.

Burcq qui vit ce malade (1) déclara qu'il était *névropathe, anesthésique et amyosthénique*, qu'il avait une aptitude bi-métallique cuivré et or, cuivré plus qu'or, et M. X... fut soumis au traitement suivant : Pilules de chlorure d'oxyde d'or, armatures de cuivre sur les bras, les jambes et la poitrine, frictions avec eau de Cologne et gant de crin. — Bains de Pennès, eau de Saint-Nectaire ou de Saint-Christau.

La grande attaque ne s'est plus produite à partir de l'application première du système Burcq.— Le 19 février, l'arrêt du chlorure d'or ramène la douleur presternale, — le 2 avril, le malade est complétement guéri.

OBSERVATION LIV

(Observation inédite, due à l'extrême obligeance du Dr H. Huchard).

Pseudo-Angine neuro-arthritique. — Accès pseudo-angineux d'une grande intensité, disparus et remplacés par d'autres manifestations névropathiques.

Mme E. B..., âgée de trente ans, présente les antécédents suivants, qui m'ont été fournis par son mari, médecin.

Père, d'un tempérament très nerveux, souvent souffrant depuis de longues années, traité par les uns pour une affection hépatique, par les autres, pour une affection stomacale.

Mère, morte phthisique à trentre-trois ans, ayant eu quatre enfants, dont trois vivants ; le quatrième mort en bas âge d'une Angine diphtérique.

Grand-père paternel, mort à soixante-huit ans, d'un anévrysme.

Grand'mère paternelle, morte d'une pneumonie, dans un âge avancé.

Grand-père maternel, mort à soixante-trois ans, d'une affection de cœur. Avait souffert d'une gastrite.

Grand'mère maternelle, morte à quatre-vingt-un ans, d'une hémorrhagie cérébrale. (Une grand'tante goutteuse.)

Antécédents personnels. — Se plaint depuis des années de l'estomac (digestions laborieuses, crampes douloureuses avec pointes dans la région dorsale). Les saisons à Pougues et Royat n'ont amené aucune amélioration. A eu parfois des crises nerveuses légères. Vers le commencement de 1882 elle a commencé à avoir des étouffements, des oppressions, des palpitations, principalement la nuit. — Il y a un an, en décembre 1882, elle a été prise pour la première fois d'accidents simulant l'Angine de Poitrine, accidents qui se sont renouvelés toutefois presque coup sur coup, et qui ont mis un an avant de reparaître.

Description de l'accès, ayant toujours lieu *le soir après le coucher*, se produisant sans cause connue ni appréciable, commençant par des palpitations, de la constriction du thorax. Pouls tantôt vibrant et précipité, tantôt dépressible et ralenti. A certains moments, la pulsation parait faiblir sous les doigts au point de manquer. Anxiété extrême, sentiment de peur très vif. Le moindre

(1) Burcq. — Soc. de biol., 15 juillet 1882.

bruit (un meuble qui craque, par exemple), fait sauter la malade. Douleur dans la région précordiale. La malade explique qu'elle sent que « le jeu des soupapes de son cœur se fait mal. » Irradiations très douloureuses et sensation d'engourdissement dans le *bras* et la *main gauches*. L'anxiété s'accentue, la respiration fait défaut, la syncope est imminente. Il faut alors ouvrir largement les fenêtres, l'air froid, les lotions d'eau froide sur le front, les inhalations d'éther, amènent un soulagement qui ne se fait pas trop attendre.

Souvent cette première crise est suivie d'une autre, généralement moins forte et moins longue. L'ensemble des symptômes ci-dessus décrits dure de une heure et demie à deux heures, deux heures et demie.

L'année 1883 s'est passée sans nouvelles crises aiguës, mais la malade a souffert de temps à autres d'étouffements. Souvent, sensation de constriction de la poitrine. La malade dit que « son cœur la gêne. » Éprouve une grande difficulté à monter les étages ; se plaint constamment d'un point douloureux dans la région mammaire gauche, en haut et en dehors, presque sous l'aisselle, et aussi d'une sorte de serrement sous l'aisselle gauche, de même que dans le pli du coude gauche, et aussi à la face palmaire de l'avant-bras gauche, dans la région radiale.

En outre, il existe une douleur à la cuisse droite, revenant à intervalles irréguliers, limitée exclusivement à la région antérieure et n'atteignant pas le genou. La cuisse est comme engourdie, insensible au pincement, et cependant le frôlement du linge occasionne des frémissements fort douloureux.

Depuis un mois les étouffements ont augmenté, et une nouvelle crise aiguë a eu lieu dans la nuit du 31 décembre, semblable à celles déjà décrites et qui remontent juste à un an. A cette dernière crise, la malade, vers la fin, a perçu un bruit sec de clapet, deux fois répété, dans la région du cœur ; ce bruit a été entendu par le mari. — Insomnie, cauchemars.

L'estomac digère mieux, et cependant il y a souvent de la diarrhée. Soif très vive. Urines souvent troubles ; les flocons nuageux se dissolvent dans l'eau chaude.

Ni albumine, ni sucre. Menstruation irrégulière, souvent douloureuse. Presque toujours six semaines d'intervalle entre les époques. Menstrues peu abondantes, sang peu coloré, avec caillots de temps en temps.

C'est alors que je vois la malade pour la première fois : les crises angineuses avaient été si douloureuses, que son mari, médecin fort distingué, avait craint pour sa vie, et quoiqu'il n'eût rien constaté d'anormal du côté du cœur ou de l'aorte, il pensait, s'appuyant sur l'intensité des crises, qu'il s'agissait d'une angine vraie.

J'avais déjà vu la malade un an auparavant, et en constatant son état névropathique, les caractères des crises, leur spontanéité, leur longue durée, leur accompagnement avec des symptômes qui ne se montrent pas d'ordinaire dans les angines vraies, j'avais formellement déclaré qu'il ne s'agissait que d'un *Angor* névrosique. Le cœur et l'aorte étaient absolument normaux, et l'on ne parvenait à entendre qu'un léger prolongement systolique au niveau de l'orifice pulmonaire (souffle anémique), sans souffle dans les vaisseaux du cœur.

C'est dans ces conditions que je provoquai, en février 1884, une consultation avec M. Potain. Mais avant de fournir les résultats de cette consultation, je donnerai, d'après le mari de la malade, la description suivante des accès :

Depuis le 1er février 1884, les crises nocturnes n'ont pas reparu, elles ont été remplacées par des crises diurnes, au nombre de trois, d'un caractère différent des premières.

Il faut d'abord noter, qu'en dehors des crises, l'état ordinaire de la malade se traduit par un point douloureux *constant* bien limité, vers la base du cœur sur le bord gauche du sternum, par des palpitations et de l'anhélation, et aussi par la dyspepsie, qui est l'état normal.

12 février (première crise). Cette crise a eu lieu vers quatre heures de l'après-midi et a été provoquée par l'ascension des étages, au retour d'une promenade en voiture. Une grande lassitude, exprimée par la malade, a été le symptôme initial; en même temps la voix devenait faible et cassée. A ce moment, il y a de l'étouffement et des palpitations, comme dans les crises nocturnes, mais le symptôme douleur et l'irradiation vers le bras gauche, sont beaucoup moindres. Ce qui domine, c'est la tendance à la défaillance, à la syncope, et pourtant le pouls n'a paru à aucun moment faiblir comme dans les crises de la nuit.

Cet état se prolonge pendant au moins deux heures, pendant lesquelles on donne à la malade de l'air, par la fenêtre grande ouverte, et qu'on lui fait des inhalations d'éther et de nitrite d'amyle (deux ampoules, dont la première surtout, a produit un mieux-être très sensible).

15 février (deuxième crise). Crise en tout semblable à la précédente, s'étant manifestée vers cinq heures et demie du soir, aussi après l'ascension des étages. La voix faible, cassée, un sentiment d'extrême fatigue, sont encore les facteurs dominants de la crise, auxquels s'ajoutent toujours l'étouffement et les palpitations, mais sans que la malade accuse de douleur angoissante vers le cœur, comme dans les crises nocturnes. Sensation de fatigue également, plutôt que de douleur dans le bras gauche. Durée environ deux heures et demie.

16 février (troisième crise). A neuf heures du matin, après une nuit mauvaise, comme toujours, c'est-à-dire interrompue par des insomnies et troublée par des cauchemars, la malade, qui est au lit, prend tout à coup et sans que rien d'apparent ait provoqué cette manifestation, — une voix faible et cassée. A ce symptôme, qui a signalé le début des deux crises précédentes, on croit deviner les approches d'une nouvelle crise, et, dans la pensée de la faire avorter, on injecte sous la peau du bras gauche, un centigramme de chlorhydrate de morphine. Mais cinq minutes après environ, la crise, au lieu de s'atténuer s'accentue, et, tout en ayant la même physionomie que les deux précédentes, présente des caractères beaucoup plus accusés.

La figure et les bras deviennent *blancs exsangues;* la malade ne peut plus respirer, malgré le courant d'air vif qu'on établit dans la chambre; elle dit qu'elle étouffe et qu'elle manque d'air. Elle voit la mort imminente, et sa voix entrecoupée exprime la terreur qu'elle éprouve; elle s'accroche par les bras aux personnes présentes, demandant si on va la laisser mourir ainsi.

A trois reprises différentes, on casse une ampoule de nitrite d'amyle, mais sans en retirer grand bénéfice.

La malade a de l'obnibulation, elle ne distingue plus l'église qui est en face et réclame que l'on parle plus fort, disant qu'elle n'entend pas ce qu'on lui dit.

Les pâleurs de la face persistent, et pendant que l'on envoie chercher un

médecin, on place la malade en travers du lit, la tête en bas. Une légère détente se produit. On administre quelques cuillerées de grog chaud et du thé. Le médecin, qui arrive sur ces entrefaites, conseille du café noir. Peu à peu, mais lentement, la face perd de sa lividité.

La malade, et c'est là un symptôme qui faisait défaut dans toutes les crises précédentes, soit nocturnes, soit diurnes, de même que ceux observés du côté de la vue et de l'ouïe, se plaint d'éblouissements, de maux de cœur; elle dit que la tête lui tourne. (On croit se souvenir que la pupille était alors contractée.)

Bref, il semble qu'aux symptômes ordinaires des crises, se soient ajoutés ceux d'une intoxication par la morphine. (La malade ne s'est pas souvenue très exactement de ce qui s'était passé.)

Ce n'est guère qu'au bout de trois heures que la crise proprement dite a pris fin, mais tout le reste de la journée, le mal de cœur, les nausées, les éblouissements, et aussi une certaine gêne de la déglutition, ont persisté.

Le soir de ce jour, visite du Dr Huchard qui prescrit un petit vésicatoire à appliquer sur le point douloureux de la région cardiaque et une potion au bromure de sodium. Le vésicatoire a produit un excellent effet et fait disparaître le point douloureux.

18 février. — Aujourd'hui 18 février, il n'y a même plus, ou pour ainsi dire plus, l'étouffement ni les palpitations ordinaires. Seule, persiste une certaine faiblesse et un agacement nerveux (qui paraît être sous l'influence du vésicatoire), lequel a donné lieu à trois ou quatre petites crises nerveuses accompagnées de larmes. Conjonctives un peu jaunes.

En résumé, c'est l'adynamie, l'asthénie, qui ont été le caractère dominant de ces trois dernières crises.

Un lavement a provoqué aujourd'hui l'expulsion de membranes blanchâtres tortillées.

J'interromps la narration de ce fait si intéressant, pour dire que j'ai trouvé chez la malade tous les signes de la névralgie du nerf diaphragmatique gauche avec de l'irritation spinale. Toutes les apophyses épineuses des vertèbres dorsales sont douloureuses au point qu'on peut à peine toucher la malade. M. Potain, qui la vit avec moi au commencement de février, a confirmé pleinement le diagnostic d'Angine de Poitrine, de nature névropathique, avec irritation spinale et névralgie phrénique.

6 mars. — Sur mes conseils, la malade part dans le Midi, à Cannes, d'où je reçus de son mari, mon confrère, la lettre suivante :

« J'attendais toujours pour vous écrire, espérant qu'à un moment donné, je pourrais vous annoncer que tout était absolument rentré dans l'ordre. Malheureusement il n'en est rien. Nous n'avons pas eu de nouvelle grande crise, mais la névralgie est toujours là. Du moment présent, elle se manifeste par une *altération de la voix* qui survient brusquement chaque jour, à une heure différente, sous des influences diverses, ou après le repas, ou après quelques pas de promenade, ou après une émotion. Ce phénomène a une durée très variable et disparaît brusquement, également sans qu'on puisse invoquer de cause apparente. Hier, cette altération de la voix (faible, cassée), a duré toute la journée, depuis dix heures du matin jusqu'au soir. Elle avait paru se produire sous l'influence du vent; elle n'a cessé qu'après le coucher.

L'étouffement ne se montre que lorsque la voix s'altère ; il y a alors une *fatigue* spéciale, une sorte de *courbature* nerveuse, à laquelle la malade est très sujette.

Quant aux points douloureux que vous avez si bien découverts (sur le trajet des apophyses épineuses dorsales, sur le trajet du nerf phrénique, entre les scalènes, aux attaches du diaphragme, et au niveau du bouton diaphragmatique), ils existent toujours, mais avec une intensité variable.

Comme hygiène et médication, voici ce que nous faisons : la malade se lève tard et fait, l'après-midi, une promenade en voiture. Au milieu de la promenade, elle descend de voiture pour marcher un peu. Elle mange assez bien et digère mieux que d'ordinaire. Les nuits sont toujours mauvaises. J'applique de la teinture d'iode morphinée sur les points douloureux, je donne la macération de quinquina prescrite et sucrée avec le sirop d'écorces d'oranges amères. Enfin, je lui ai déjà fait prendre plusieurs bains de mer chauds. »

11 mars 1884. — Les crises angineuses ont complétement disparu et fait place aux accidents névropathiques. L'hypéresthésie rachidienne a presque cessé, ainsi que la névralgie phrénique, qu'il ne faut pas confondre avec les attaques d'*Angor*. Seule, l'aphonie nerveuse persiste, mais d'une façon intermittente ; la malade perd et recouvre la voix avec la même facilité et rapidité ; les nuits sont toujours agitées, sans sommeil, l'appétit est redevenu mauvais.

Néanmoins, la malade revient de Cannes très améliorée, au mois de mai 1885.

5 novembre 1885. — La malade a passé l'été à Fontainebleau, où j'ai été la voir. De tous les accidents si divers qui l'ont tourmentée pendant près de deux ans, l'aphonie nerveuse a persisté avec les mêmes caractères ; la malade perdant et recouvrant tour à tour subitement la voix. Cependant, un nouveau symptôme s'est déclaré : c'est une petite toux sèche, stérile, convulsive, qui se montre par accès, trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures.

Dans le courant des années 1885 et 1886, rien de particulier à signaler. Les phénomènes névropathiques ont cédé ; les époques ont toujours été régulières et normales, et jamais il n'a été possible de constater la moindre hypéresthésie ovarienne.

OBSERVATION LV

(Dr Régnier, de Surgères) (1)

Hypocondrie et mélancolie. — Neurasthénie cérébro-gastrique. — Accès d'Angine de Poitrine. — Guérison.

M. R..., instituteur, névropathe, compte des aliénés et des épileptiques dans sa famille. Il a eu le bras traversé par un coup de feu. Il en est résulté une rétraction tendineuse et la main en griffe. Depuis cette époque, il est d'une grande impressionnabilité. Il y six mois environ, il est pris d'étouffement, *de sensation de constriction dans le thorax, de douleurs irradiant jusque dans le col et quelquefois dans les membres ; ce sont de véritables phénomènes angineux, moins l'intensité ;* le cœur est sain, tous les organes paraissent normaux. Il se plaint cependant par moments de sensations de chaleur à l'estomac remontant jusqu'à l'œsophage. Dans ses crises, il n'a jamais d'inter-

(1) *De la Mélancolie simple*, ouvrage récompensé par l'Académie de Médecine de Paris 1885. — Ad. Delahaye et Crosnier, édit., Paris.

ception cérébrale. Jamais il ne perd la notion de ce qui l'entoure, ni de sa personnalité. Il ne laisse point tomber les objets qu'il tient à la main, ses idées sont épouvantablement noires. Il est mélancolique, il est en même temps hypocondriaque, association que nous avons souvent rencontrée. Il tient singulièrement à la vie et cependant il parle de se tuer. Plusieurs médecins l'ont eu sous leur direction. Nous avions commencé la cure sans succès. Le bromure de potassium à doses croissantes, suivant la méthode antiépileptique, avait seul amené des résultats passagers. Nos confrères, avec tous les antispasmodiques de la pharmacopée, ne furent pas plus heureux. Lassés de faire buisson creux, ils nous le renvoyèrent découragé. C'est alors qu'éclairé par des cas voisins, nous tournâmes plus spécialement l'attention du côté du tube digestif. Une sensation de chaleur à l'estomac, irradiant en haut et en bas, quelques gaz, un peu de pesanteur épigastrique au moment des repas, quelques phénomènes diarrhéiques passagers, voilà tout ce que l'observation nous permit de constater du côté du tube gastro-intestinal, et cependant ces troubles digestifs insignifiants, presque larvés, étaient le véritable pivot pathologique.

Prescription. — Suppression absolue de toutes médications, c'est-à-dire des dragées de lactate de fer, du bromure, du phosphure de zinc, des eaux gazeuses digestives et *tutti quanti*, suppression de tous les aliments habituels, diète lactée. Le lait, mal supporté pendant trois jours, nécessite l'administration quotidienne d'un verre à bordeaux d'eau de Pulna. Sous l'influence de ce régime tous les phénomènes neuropathiques disparaissent. La pseudo-angine de poitrine, l'angine bâtarde du Dr Huchard n'existe plus. Les sensations épigastriques font complétement défaut. La nébuleuse mélancolique est en voie de résolution, le malade ne pense plus à se tuer. Les conceptions hypocondriaques s'affaiblissent parallèlement, les cauchemars s'éloignent, la susceptibilité, l'irritabilité, l'aversion subissent une éclipse progressive, nous sommes lancés à toute vapeur. La neurasthénie, comprimée à peine par la dose quotidienne de huit grammes de bromure de potassium avant le changement de régime, est en voie de départ complet sous le coup de fouet persévérant et moëlleux de la diète lactée. Un régime mixte est institué. Des potages variés sont intercalés à la même heure de la journée, la viande à peine cuite est digérée, mais le pain, même pesé à la balance, ramène les pesanteurs épigastriques, en même temps que tous les accidents névropathiques ; il est écarté jusqu'à nouvel ordre ; le vin demeure supprimé avec les mêmes réserves ; l'état général qui, en dehors d'un peu d'anémie, a toujours été bon, est plus prospère que jamais. Nous allons continuer dans cette direction, y ajouter l'usage des douches tièdes à domicile, à température décroissante, intercaler, aussitôt que nous le pourrons, de véritables repas entre les prises de lait, en élevant tous les jours avec la balance, de quelques grammes la ration du pain. Aussitôt que nous aurons dépassé la mesure, que l'irritabilité intestinale sera tellement neutralisée, que l'incitation du viscère sur les cellules psycho-émotives sera insuffisante pour leur jeu normal et que, par conséquent, elles laisseront échapper de nouveau l'idée sombre, nous aborderons immédiatement la méthode excitante locale et générale, locale par l'adjonction du vin de moins en moins étendu, des épices, etc., générale par l'intervention des douches excitantes froides et la balnéation minérale, s'il y a lieu. Nous sommes sûr d'avance du succès définitif.

La Chlorose, cette compagne presque inséparable de la neurasthénie chez la femme, a certainement dans le cas suivant aidé à l'apparition de l'Angine de Poitrine; cependant quelques auteurs ont voulu y voir un *Angor* hypocondriaque.

OBSERVATION LVI

(Trousseau. — Loc. cit., t. II, p. 436)

Névropathie Chlorotique. — Accès d'Angine de Poitrine.

J'ai parmi mes clientes les plus anciennes et les plus intimes une dame de quarante-sept ans qui, dans son adolescence, a eu une chlorose fort opiniâtre avec douleurs névralgiques très vives et très variables dans leur siège. Depuis quelques années elle a des douleurs rhumatoïdes très mobiles, occupant tantôt les membres, tantôt les viscères et des troubles nerveux étranges qui ressembleraient à de l'hypocondrie si la personne dont je parle n'était d'ailleurs parfaitement sensée. J'ajouterai que la santé est excellente si on l'envisage au point de vue de l'exercice des fonctions de la vie organique. Depuis deux ans elle s'est aperçue que lorsqu'elle monte un peu rapidement un escalier, elle est prise subitement d'une douleur aiguë derrière le sternum, irradiant rapidement dans l'épaule gauche et dans tout le bras où il se produit un très léger engourdissement. La malade s'arrête et tout cesse en moins d'une minute. J'ai ausculté son cœur, ses poumons avec le plus grand soin, je dirais avec la sollicitude la plus dévouée et cela à plusieurs reprises, au moment même où elle venait d'éprouver un de ses plus forts accidents et jamais, absolument jamais, je n'ai perçu dans le rhytme du cœur, dans les bruits valvulaires, dans la région de l'aorte, dans les poumons, le plus petit signe, le plus petit phénomène différent de ce que l'on trouve dans l'état normal, à cela près d'une accélération notable des battements cardiaques.

Dans l'observation suivante l'Angine de Poitrine survient chez un homme, vivant dans une mine, atteint déjà de chloro-anémie et devenu névropathique à la suite du terrible accident dont on va lire le récit.

OBSERVATION LVII

(Dr Gauthier. — Mém. cité, p. 96)

Angine de Poitrine par Chloro-anémie et Névropathie.

Un mineur, âgé de quarante ans, ni alcoolique, ni fumeur, ni diathésique, d'une assez bonne santé ordinaire, quoique habituellement atteint d'anémie professionnelle, en descendant un jour dans le puits d'extraction, resta suspendu dans l'espace par suite d'une fausse manœuvre de la benne de descente. Cette position effroyablement dramatique d'un homme restant près d'une minute suspendu par la force du poignet au-dessus d'un abîme de plusieurs centaines de mètres, dût produire sur lui un choc cérébral violent.

Le surlendemain de l'accident, survinrent un sentiment de fatigue extrême, un tremblement des membres, des lipothymies, une insomnie complète, des vertiges, de l'angoisse rétro-sternale intense avec douleurs intercostales des deux côtés et irradiations vers les deux épaules, une accélération extrême des

battements du cœur (cent quarante pulsations), sans la moindre élévation thermique. A l'auscultation, du reste, on ne constatait aucune lésion organique du cœur ou des gros vaisseaux. Cet ensemble de phénomènes se prolongea plus d'une année ; des troubles psychiques se déclarèrent et allèrent en s'accentuant et finalement la scène se termina par le suicide.

M. Krishaber, dans sa belle étude sur la *Névropathie Cérébro-Cardiaque* (1), dépendance de cet état général que MM. Axenfeld et Huchard ont, avec raison, baptisé du nom générique de *Neurasthénie*, a compté jusqu'à huit cas d'*Angor Pectoris*, parmi les nombreux sujets (trente-huit) qu'il a observés et dont il faisait lui-même partie. Tantôt les malades accusent une douleur pongitive au cœur avec angoisse, mais passagère, tantôt c'est une souffrance indicible s'accompagnant des irradiations classiques à l'épaule, au bras, au doigt, d'étouffement, de refroidissement aux extrémités, en un mot, de symptômes vaso-moteurs.

Hammond attribue la névropathie cérébro-cardiaque à l'irritation spinale et M. Jaccoud (2) à de l'anémie cérébro-spinale ; quelle que soit la cause première de cette névrose, les cas signalés par Krishaber sont, dit M. Péter (3), extrêmement nets et significatifs ; il y a absence complète de douleur spontanée ou à la pression, dans l'intervalle des attaques au niveau des points d'élection de cette douleur. Les bruits aortiques sont très purs ; il n'y a pas de dilatation du vaisseau, ni d'antécédent personnel rhumatismal ou goutteux.

Tous les névropathes cérébro-cardiaques n'ont pas nécessairement l'Angine de Poitrine, mais ceux qui en sont atteints l'ont complète, au moins dans ses symptômes sympathiques et pneumo-gastriques, ils éprouvent alors le refroidissement des extrémités et ont la sensation de mort imminente, mais jamais Krishaber n'a vu ses malades succomber à l'attaque, si violente fût-elle. Ce qu'il y a de curieux, c'est que les symptômes laryngés (sensation de constriction, de gêne, comme par le fait d'un corps étranger) sont parfois assez prononcés et assez persistants en dehors des attaques pour que le malade vienne consulter à ce sujet, se croyant atteint d'une affection du larynx.

L'Angine de Poitrine peut encore apparaître chez les sujets fati-

(1) Krishaber. — *Gazette Hebd.* 1872 et *Diction. Encyclopédique.*

(2) Jaccoud. — Loc. cit., t. I, p. 134.

(3) Péter. — Loc. cit., t. I, p. 189.

gués par l'*Irritation spinale*, surtout lorsque celle-ci s'accompagne (ce qui arrive bien fréquemment) d'anémie. Il y a, en effet, chez ce genre de malades de la prédisposition à la fois à l'ischémie médullaire et à l'ischémie cérébrale.

Quand la première prévaut, ce sont les symptômes de l'irritation spinale qui prédominent; quand c'est la seconde qui l'emporte, il survient, lorsque les vaisseaux cérébraux se contractent, des hypéresthésies, des névralgies, des troubles sensoriels de la vue, de l'ouïe, du goût, du toucher, d'origine méso-céphalique, des troubles cardiaques gastriques, et enfin, parfois des accès d'Angine de Poitrine.

On sait que cette maladie affecte surtout le sexe féminin ; quand les hommes en sont atteints c'est qu'ils ont hérité de leurs ascendants un tempérament nerveux ou rhumatismal qui facilite son apparition ou bien que des excès, des veilles, des chagrins, des fatigues excessives, ou des pertes séminales ont fait naître l'irritation spinale.

En voici un exemple.

OBSERVATION LVIII (ABRÉGÉE)

(Dr Cros. — De l'Irritation spinale et de son traitement par les eaux de Lamalou l'ancien 1885.)

Diathèse rhumatismale. — Irritation spinale. — Angine de Poitrine. — Guérison

X..., rentier, quarante-huit ans, bilioso-nerveux, bonne constitution, pas de syphilis, douleurs rhumatoïdes revenant dans les temps humides après deux attaques antérieures. — En 1874, douleur rongeante aux premières vertèbres dorsales, cuisson continue pendant deux ans, — faiblesse générale, langueur intellectuelle, dégoût du travail, sommeil et appétit bons, l'hydrothérapie exaspéra la douleur qui ne fut calmée qu'avec des frictions opiacées.

En 1876, il ressentit le soir en se couchant et sans cause appréciable une douleur très vive dans le cœur, qui fut comme traversé par une *lame aiguë, suivie de palpitations énergiques, d'angoisses, d'étouffements, etc.* Cette crise dura quelques minutes et ne se reproduisit que six mois après, pour recommencer dès lors d'une manière plus fréquente, quoique moins vive. Ce n'était le plus souvent que des palpitations, des arrêts du cœur avec gêne de la respiration. En même temps la douleur dorsale revint, et avec elle la fatigue, la faiblesse, les digestions difficiles, etc. C'est alors qu'il fut envoyé à Lamalou. L'auscultation du cœur ne révèle aucune lésion organique; les bruits sont plus secs, les battements plus forts; il paraît être sous l'influence d'un éréthisme nerveux : la respiration est facile, les organes abdominaux ne présentent rien de particulier. La pression des doigts sur les vertèbres dorsales exaspère la douleur, comme aussi l'application d'un tampon de la pile à courants continus (trois éléments). Pas de troubles du côté de la motilité : la marche est facile autant le jour que la nuit, il se tient debout les yeux fermés sans vaciller. La sensibilité est partout conservée. Les reflexes tendineux du genou sont abolis.

Les organes des sens ont conservé toute leur intégrité; l'intelligence est nette, sauf la fixité de la pensée relative à la maladie. M. X... redoute une affection de la moelle avec paralysie à bref délai, ou une mort subite par suite de la lésion qu'il croit avoir au cœur.

Traitement. — Tous les matins, bain de piscine à 33° c.; tous les soirs, bain de pieds à eau courante à 40° c.

Eau de Lavernière en boisson prise aux repas.

Les premiers bains paraissent froids, mais il en prend vite l'habitude. Après le sixième bain, douches chaudes sur les extrémités inférieures. Durée dix minutes.

Vers le douzième bain les symptômes douloureux s'apaisent, ainsi que les troubles cardiaques. Les digestions sont plus faciles et la cure se poursuit jusqu'au vingt-deuxième bain avec une amélioration sensible.

2e Cure, la même année, en septembre; l'amélioration persiste, le malade se sent revivre, peut s'occuper sans fatigue, et les idées noires ont disparu.

Revu en 1878. Deux cures, après lesquelles le malade se considère comme guéri. Il revient encore en 1879 et 1880, n'ayant plus rien ressenti que quelques douleurs rhumatoïdes légères; les reflexes tendineux du genou ne sont pas revenus.

OBSERVATION LIX

(Inédite et communiquée par le Dr Ch. Liégois, de Bainville-aux-Saules (Vosges)

Accès nocturne d'Angine de Poitrine chez une femme atteinte d'irritation spinale.

Madame P..., de R..., est une femme d'une quarantaine d'années, mère de deux enfants, neuro-arthritique, sans antécédents morbides individuels : elle dit que son père a été soigné à Strasbourg pour une « amaurose ».

Vigoureuse, très robuste, cette femme que ses souffrances n'ont point fait maigrir, a subi bien des traitements : les pilules de Méglin, l'iodure de potassium, le salicylate de soude, les valérianates d'ammoniaque et de zinc, le phosphure de zinc ordonnés par son médecin, les réclames de la quatrième page des journaux, n'ont point allégé ses misères.

Elle se plaint depuis plusieurs années d'une douleur spontanée et à la pression sur la colonne vertébrale dans l'espace compris entre la 3e vertèbre cervicale et la 5e vertèbre dorsale, mais plus accentuée au niveau des 3e, 4e et 5e cervicales. Pour ainsi dire permanente, cette apophysialgie s'exagère tous les deux, trois, quatre, cinq jours, s'irradiant, comme les névralgies, à la nuque et à l'occiput : les douleurs paroxystiques de l'occiput sont extraordinairement pénibles et s'accompagnent d'une sorte de frémissement du cuir chevelu.

Plusieurs fois l'accès névralgique a été suivi de douleurs d'abord, puis de gonflement du sein gauche (mamelle irritable).

Dans quelques circonstances la malade accusait seulement des douleurs de l'épaule gauche ou de tout le membre supérieur gauche.

Trois ou quatre fois enfin elle a eu de véritables accès de *migraine ophthalmique* avec *scotome scintillant*. Tout à coup, en même temps qu'elle avait les douleurs cervicales, occipitales, brachiales, l'œil gauche s'obscurcissait, elle ne distinguait plus les objets; puis, autour d'un point noir, elle voyait « scintiller » *(sic)* quelque chose. Elle portait constamment le doigt à cet œil, mais elle avait beau le frotter, les zigzags lumineux persistaient. Un mal de tête horrible avec

vertiges, aphasie transitoire, fourmillements dans le membre supérieur gauche, parésie faciale (*migraine ophthalmique accompagnée*, de Charcot et Ch. Féré) terminait en huit, douze ou seize heures toute la scène morbide.

Dans un autre accès, les phénomènes, au lieu d'intéresser l'œil, affectèrent l'oreille gauche : Madame P... accusa un « bruit de drapeau », « comme si une vessie se crevait dedans ».

Ces différents accidents que je rattachai à une cause prochaine commune, l'*irritation spinale*, et qui disparurent en grande partie par les vésicatoires (méthode de M. Armaingaud) que je fis successivement apposer par séries aux lieux apophysialgiques, devaient être remplacés plus tard par un accès d'Angine de Poitrine.

Le 3 avril 1886, jour où je la vis pour la première fois, Madame P... m'avait bien raconté qu'elle avait, à diverses reprises, ressenti une « douleur au devant du sternum », mais c'était si peu de chose qu'elle n'y insistait pas. Autrement solennel devait être le paroxysme angoreux qu'elle éprouva au milieu de la nuit, fin juin. Soudain, à dix heures du soir, sans symptômes prémonitoires autres que du froid aux extrémités, elle est prise, en même temps que de palpitations, d'une atroce douleur en plein sternum; elle s'assied brusquement sur son lit, la poitrine serrée comme dans un étau, incapable d'articuler autre chose que je... je... je..., elle croit qu'elle va mourir, et, pendant cet accès qui dure plus de vingt minutes malgré les inhalations d'éther, elle ressent à l'épaule gauche et le long du doigt auriculaire des élancements douloureux.

Il s'agit là d'un accès, nocturne comme chez les neurasthéniques et les arthritiques, d'*Angor Pectoris* indépendant de toute *lésion cardio-artérielle* ou de troubles *gastro-hépatiques*, relevant de cette variété de neurasthénie qu'on appelle, faute de mieux, irritation spinale, accès d'*Angor* que je crois, dans ce cas particulier, lié comme le sont à un spasme artério-encéphalique régional, les accès de migraine ophthalmique eux-mêmes, lié, dis-je, à un spasme des artères coronaires dont le refroidissement périphérique antérieur et concomitant me paraît être une preuve indirecte. Aussi ai-je conseillé à Mme P..., l'usage des ampoules de Boissy au nitrite d'amyle pendant les paroxysmes.

4° Angine de Poitrine Épileptique

D'après Trousseau (1), l'épilepsie serait une cause prédisposante de l'Angine de Poitrine ; elle éclaterait au commencement ou à la fin des accès convulsifs et la remplacerait même chez certains sujets.

En voici quelques exemples.

OBSERVATION LX

(Trousseau)

Accès d'Angine de Poitrine chez un épileptique.

Un homme de quarante-cinq ans qui était sujet à des attaques d'épilepsie, éprouvait depuis six mois des phénomènes dont il me rendait ainsi compte : à l'occasion d'un exercice un peu violent, d'une forte course il éprouvait tout à

(1) Trousseau. — Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu. Loc. cit., t. II, p. 444.

coup un sentiment d'oppression douloureuse ; depuis un mois ces accidents se reproduisaient trois fois par jour, même quand il était au repos, et ils avaient pris une grande intensité. Ils consistaient alors en des douleurs violentes, occupant d'abord la partie antérieure du côté droit de la poitrine, formant comme une sorte de plastron, puis au bout d'une minute, elles s'irradiaient dans le bras correspondant qui était engourdi, très douloureux et dont la température était plus élevée que celle du bras gauche. Cet accès durait presque un quart d'heure, puis tout absolument cessait.

Au début, il y avait une abondante sécrétation de gaz intestinaux. — La santé générale de cet individu paraissait d'ailleurs parfaite. Son appétit était bon, ses digestions étaient régulières, il ne se plaignait de rien en dehors des accidents pour lesquels il venait me consulter et je ne constatai aucun symptôme, aucun signe de lésions organiques, soit du poumon, soit de l'appareil circulatoire.

D'après Trousseau, quoique l'exemple que nous venons de relater soit le seul qu'il cite, l'Angine de Poitrine serait une expression de cette redoutable et cruelle maladie. « C'est une manière d'être de sa forme vertigineuse ; c'est en deux mots une névralgie épileptiforme. « Elle a, dit-il, l'invasion brusque du mal comitial, sa marche rapide, sa cessation soudaine et il n'est pas très rare que des malades qui ont autrefois éprouvé des accès d'*Angor Pectoris* prennent plus tard de véritables attaques de mal comitial, de même que chez d'autres, l'Angine de Poitrine a pu être autrefois précédée d'accidents épileptiformes bien nettement caractérisés..... Indépendamment de la brusquerie de son invasion, de la rapidité de sa marche, de la soudaineté de sa cessation, l'Angine de Poitrine présente encore, eu égard aux phénomènes qui l'accompagnent, une grande similitude avec la névralgie épileptiforme. En vous parlant de cette dernière affection je vous ai montré que la douleur qui en constitue l'élément capital est fréquemment accompagnée d'un mouvement congestif vers les parties que cette douleur occupe. Il en est de même de l'Angine de Poitrine. »

Trousseau déclare ensuite que l'*Angor* peut être tantôt une variété de la névralgie épileptiforme, tantôt, ce qui arrive plus souvent, une variété de l'*aura épileptica*, et il établit une analogie entre ces deux maladies. — De même que l'*aura épileptica* a une marche tantôt ascendante, tantôt descendante vers le cerveau, que l'épilepsie peut se limiter à l'*aura* et ne pas progresser vers les centres nerveux, de même aussi l'atroce douleur qui caractérise cette affection peut partir du bras, irradier au cou, au tronc avant d'arriver à la région précordiale, et d'amener l'angoisse : quand l'*aura*

épileptica arrive au cerveau, l'accès terrasse le sujet, — quand l'*aura* de l'Angine de Poitrine partant du doigt ou de l'épaule ou du dos arrive au cœur, l'accès d'*Angor* éclate également. Ce praticien fait en outre remarquer que dans cette variété, l'accès est le plus souvent nocturne.

Ainsi, pour Trousseau, à côté de l'épilepsie motrice caractérisée par les convulsions et l'épilepsie cérébrale ou intellectuelle démontrée par le petit mal (vertiges, absences, hallucinations), il y aurait une épilepsie hypéresthésique ou sensitive dont l'Angine de Poitrine serait une modalité au même titre que certains tics douloureux de la face.

M. Péter, complétement d'accord avec les idées de M. Trousseau, les a appuyées par l'observation suivante :

OBSERVATION LXI

(Péter. — Loc. cit., t. I, p. 494)

Angine de Poitrine chez une fille épileptique.

« Chez la fille d'une de nos célébrités médicales françaises, à la suite d'une attaque d'Angine de Poitrine formidable où le pouls était tombé à trente-six par minute, avec irrégularité toutes les trois pulsations, l'Angine étant guérie il y eût une violente attaque d'*éclampsie*, disons mieux, d'*épilepsie*. La jeune dame n'a jamais eu depuis, que je sache, de récidive de son Angine de Poitrine ; je ne suis pas aussi sûr qu'elle n'en aura pas de la névrose épileptiforme. »

E. Liveing (1) qui assure avoir vu souvent alterner chez le même sujet des accès d'hémicranie, de sternalgie et d'épilepsie, admet que ces divers états morbides ont entre eux une certaine parenté et croit que la migraine peut être une des formes larvées de l'épilepsie. — Galezowski (2) et Féré (3) citent aussi plusieurs faits confirmant l'opinion de Liveing, mais seulement en ce qui concerne la migraine ophthalmique.

MM. Axenfeld et Huchard, s'appuyant sur ce que l'*Angor Pectoris* est une affection éminemment douloureuse, tandis que l'épilepsie ne l'est point, sur ce que dans la première, le malade garde sa connaissance tandis qu'il la perd dans la seconde, sur ce qu'enfin dans

(1) Liveing, ou Megrim. — A contribution to the pathology of nerve storms. — London 1873, p. 201.

(2) Galezowski. — Migraine ophthalmique. Arch. Méd. et étude sur la migraine de l'œil. *Gaz. Hebd.* 1878.

(3) Migraine ophthalmique. *Revue de Médecine* 1881, n° 8, p. 64.

l'une de ces affections, la mort arrive par syncope tandis que dans l'autre c'est par asphyxie, se refusent à voir dans l'Angine de Poitrine une expression, une modalité de l'épilepsie, en un mot, une névralgie épileptiforme.

Et ils ont parfaitement raison ; il n'est pas douteux pour nous que l'illustre clinicien, en rapprochant les fusées douloureuses rayonnant dans l'*Angor* du bras vers le cœur, ou du cœur vers le bras des auras périphéniques si fréquents chez les épileptiques et en donnant à la sternalgie en raison de son apparition soudaine et de sa forme foudroyante, le nom d'*épilepsie du cœur* a été emporté trop loin par la fougue de son imagination. — Les orateurs brillants, entraînés eux-mêmes par l'abondance de leurs idées et la richesse des images dont ils parsèment leurs discours, s'exposent souvent à dépasser les limites du vrai et du raisonnable, — une comparaison les grise et le paradoxe les séduit sans qu'ils s'en doutent. Non, assurément, la sternalgie n'est pas une variété de l'épilepsie, mais il ne nous répugne point de croire qu'elle peut la remplacer et naître sous l'influence de la tension extrême du système nerveux accompagnant le mal comitial. Et quand nous voyons l'*Angor* succéder à beaucoup de névralgies bénignes, de longue durée ou à des névroses qui n'ont même pas une origine spasmodique, nous inclinons fortement à croire, à admettre même que dans certains cas, il s'établit une métastase ou tout au moins une alternance entre ces deux affections. Nous trouvons du reste dans la thèse de M. Capelle, sur l'Angine de Poitrine, une nouvelle preuve de cette assertion dont l'observation citée plus haut de M. Péter (épilepsie succédant à une Angine de Poitrine) semble confirmer l'exactitude.

OBSERVATION LXII
(ABRÉGÉE)

(CAPELLE. — Thèse inaugurale. — Paris, 1871.)

Angine de Poitrine alternant avec l'Épilepsie.

Il s'agit d'une famille dans laquelle l'Angine de Poitrine essentielle, c'est-à-dire non compliquée en apparence de lésions organiques, était héréditaire. Un des membres, une femme, en avait été exempte jusque-là et s'était toujours bien portée, quand apparurent à la partie supérieure du tronc, surtout à gauche, de petites tumeurs dures, douloureuses, disséminées sur le trajet des nerfs occupant les espaces intercostaux, le bord interne du bras gauche et surtout la partie latérale du cou. Ces tumeurs, semblables à des névromes, se tuméfiaient de temps en temps, rougissaient, devenaient douloureuses,

et chaque fois que ce travail inflammatoire se produisait, il annonçait une prochaine attaque d'*Angor* qui manquait rarement d'arriver.

Quelquefois, cependant, elle faisait défaut et alors, à sa place, la malade avait une attaque d'épilepsie.

Dans l'observation suivante due à M. Péter, nous voyons aussi l'*Angor* alterner ou coïncider avec des accidents épileptiformes, mais chacune de ces affections a sa raison d'être et ses causes particulières spéciales, en sorte que ces maladies pouvaient exister, mais sans avoir d'affinité sympathique entre elles, comme dans les cas précédents.

OBSERVATION LXIII

(Péter. — Loc. cit., t. I, p. 333)

Accidents épileptiformes par ossification des artères du bulbe et Angine de Poitrine par lésions de la crosse de l'aorte.

Un homme, âgé de soixante-quatre ans, m'avait été adressé comme atteint d'affection vertigineuse avec perte consécutive de connaissance. L'attaque débutait par une sensation d'ivresse ; le malade faisait quelques pas en avant, trébuchait comme un homme « en ribote » puis tombait, perdait connaissance et avait des secousses convulsives ; au bout de quelques minutes il revenait à lui, ignorant tout ce qui s'était passé et s'endormait. L'intelligence était restée absolument intacte. Les accidents s'étaient montrés pour la première fois il y a deux mois seulement et s'étaient reproduits trois ou quatre fois dans ce laps de temps. Jamais il n'y avait eu d'accidents nerveux jusque-là. Convaincu qu'il s'agissait dans ce cas d'accidents symptomatiques d'un trouble circulatoire par lésion vasculaire de l'encéphale, j'explorais la radiale du malade pendant qu'il me parlait et je la trouvais véritablement rigide, comme osseuse, monoliforme et flexueuse. Puis auscultant son aorte, j'y percevais le souffle au second temps de l'insuffisance aortique. Je trouvais six centimètres de matité transversale au lieu de cinq.

Mais ce n'est pas tout ; le malade se plaignait encore d'éprouver en même temps que ses accidents épileptiformes, une sensation d'angoisse presque continue avec oppression et douleurs rétro-sternales, s'exaspérant parfois sous forme d'attaques pendant lesquelles il semblait au malade « qu'il allait mourir. » Alors aussi la douleur rétro-sternale augmentait considérablement, et il y avait des irradiations douloureuses dans les épaules et les bras, allant jusqu'aux coudes et même aux petits doigts avec engourdissement, surtout dans le bras droit.

Eh bien ! cette énumération de symptômes en apparence contradictoire me fit immédiatement porter le diagnostic suivant : *Dégénérescence athéromato-calcaire généralisée du système artériel, produisant* : 1° *une pétrification plus ou moins avancée des valvules sigmoïdes de l'aorte*, d'où une moindre mobilité de celles-ci, et par suite, leur *insuffisance ;* 2° *une altération plus ou moins étendue de toute l'épaisseur de l'aorte* d'où *péri-aortique, périnévrite du plexus cardiaque, péricardite aortique*, et enfin *périnévrite diaphragmatique ;* 3° une *altération athéromatique* ou *calcaire*

des vaisseaux de la base de l'encéphale, et peut-être plus spécialement *du bulbe*. — Je trouvais ainsi l'explication (étant connue l'altération artérielle révélée par l'exploration du pouls et celle de l'aorte), je trouvais ainsi, dis-je, l'explication fort naturelle et de l'éclampsie par *anémie* ou *famine* du bulbe et de l'Angine de Poitrine par aortite. — Ce malade n'avait pas trois maladies (une insuffisance aortique, de l'épilepsie et de l'Angine de Poitrine) il en avait une seule, protopathique, la lésion de son système artériel dont les trois maladies en question n'étaient que la conséquence directe ou éloignée.

Nous ne voulons pas aller plus loin sans rendre hommage et admirer cette dialectique savante et la puissance de raisonnement de ce clinicien qui, mis en face d'un diagnostic aussi obscur, aussi compliqué, en dégage successivement les trois inconnues, comme s'il s'agissait d'un simple problème algébrique. — On va voir combien les événements et l'autopsie lui donnèrent raison. Mais quand on lit de pareils faits on peut, avec quelque justice, se demander si l'art de la médecine est aussi hypothétique qu'on veut bien le dire et que nos adversaires le prétendent.

Ceci se passait le 3 octobre ; les jours suivants les choses s'aggravèrent, les douleurs rétro-sternales étaient presque permanentes, sans avoir une grande intensité, ni sans qu'il y eût d'attaque proprement dite ; la dyspnée était continue, le malade respirait lentement, avec effort et souvent expirait bruyamment, comme le font les charpentiers ou les geindres en pétrissant le pain (il disait que cela le soulageait de respirer ainsi), il y avait quelques râles sonores ; disséminés dans la poitrine, et des râles fins aux deux bases qui ne firent qu'augmenter de nombre jusqu'à la fin de la maladie.

A l'entrée du malade, il y avait une cinquantaine de pulsations par minute ; le 9 octobre, il n'y en avait plus que quarante ; le onze, que trente-six ; le 12, que trente-deux; et elles restèrent à ce chiffre jusqu'au moment de la mort qui eût lieu pendant la visite du 14.

Le tracé du pouls recueilli au sphygmographe met en évidence l'ascension brusque et verticale ainsi que le dicrotisme dû à l'insuffisance aortique. le plateau de la dégénérescence atheromato-calcaire et enfin la longueur de la ligne horizontale du repos de l'artère qui est juste la moitié de la pulsation.

Le malade succomba par dyspnée croissante et sans apparence syncopale.

Autopsie. — Les artères radiales sont presque complétement calcaires et rétrécies de place en place, ce qui expliquait leur aspect monoliforme, les valvules sigmoïdes de l'aorte sont incrustées de sels de chaux de leur base d'implantation jusqu'au quart environ de leur étendue libre, de façon que solidifiées ainsi au niveau de leur articulation avec l'aorte, elles étaient hors d'état de se mouvoir sur celle-ci et ne possédaient plus de mobilité que dans le reste de leur portion libre non incrustée ; mais d'un autre côté, elles étaient également infiltrées de sels calcaires au niveau des nodules d'Arantius, qui en étaient devenus irrégulièrement mamelonnés ; il résultait de tout ceci une double cause d'insuffisance valvulaire par difficulté d'abaissement des valvules et impossibilité de juxta position des nodules.

L'aorte présente des incrustations calcaires au niveau des points où le bord de chaque valvule sigmoïde s'en vient battre sa paroi ; elle est également incrustée au niveau de l'orifice des artères coronaires ; elle est malade dans sa portion ascendante ; une large plaque calcaire existe là où elle se contourne et toutes les tuniques sont envahies. A la paroi antérieure de l'aorte, à deux centimètres et demi de son origine, se trouve une grande plaque calcaire, avec altération de toute l'épaisseur du vaisseau ; la face externe de l'artère est très vascularisée à ce niveau ; les nerfs du plexus cardiaque sont englobés au milieu du foyer de phlegmasie chronique ; le péricarde aortique est très adhérent, de petites brides pseudo-membraneuses se rattachent au péricarde parlétal, surtout à droite, celui-ci présente çà et là quelques plaques laiteuses dans le voisinage du nerf phrénique droit. Le ventricule gauche est hypertrophié et son tissu en voie d'altération granuleuse.

Les vaisseaux du cercle artériel de Willis étaient peu altérés ; çà et là seulement aux points de bifurcation, ils présentaient de petites plaques athéromateuses et n'étaient nulle part indurés. Mais il n'en était pas ainsi de l'artère basilaire, à trois centimètres au-dessous de la protubérance où elle naissait prématurément des vertébrales, elle était le siège, à cette origine même, d'une infiltration crétacée qui l'avait complétement envahie dans toute son épaisseur et sur tout son contour, dans l'étendue de cinq millimètres. Or, l'artère bulbaire n'était pas seulement notablement rétrécie en ces points dégénérés, mais de cette portion altérée naissait une des artères qui s'en détachent à angle droit pour aller nourrir le bulbe, et l'orifice de cette artère située en plein foyer crétacé était lui-même rétréci.

On remarquera dans le chapitre suivant, Angine de Poitrine dyspeptique, et à la troisième observation, que des convulsions épileptiformes ont encore accompagné l'Angine de Poitrine ; elles ne furent pas sans doute étrangères à la mort précipitée du sujet.

5° Angine de Poitrine Dyspeptique ou Gastrique

Ce n'est que depuis vingt ou trente ans au plus qu'on s'est bien rendu compte des sympathies étroites qui existent entre les maladies de l'estomac et celles du cœur, et qu'on a reconnu combien fréquemment les premières retentissent sur ce dernier organe. — Cependant, de tout temps, les auteurs ont remarqué que les accès étaient souvent occasionnés par la plénitude de l'estomac et survenaient après les repas ; Butter avait même noté comme une exception, un cas insolite où les attaques étaient plus fréquentes quand le sujet était à jeun. Un malade de Macqueen (1) disait que s'il pouvait vivre sans manger il ne serait jamais malade.

(1) Macqueen. — London, *Méd. Journal*, 1781, p. 163.

Franck et Desportes reconnurent la même corrélation, qui a été ensuite bien établie par Beau. Un de ses élèves, M. Capelle, a fait dans sa thèse inaugurale (1) l'histoire d'un malade dont les accès s'éloignèrent à mesure que l'état de son estomac s'améliorait. Les travaux de M. Potain ont jeté une vive lumière sur ce point étiologique de l'*Angor Pectoris*, et c'est en les résumant, ainsi qu'un mémoire remarquable de M. Barié, (2) que M. Huchard présente de la manière suivante les principaux caractères des Angines dyspeptiques.

a. Cette Angine de Poitrine est de tous les âges et de tous les sexes.

b. Les accès sont moins violents que dans l'Angine de Poitrine vraie ; leur durée est plus longue ; ils éclatent souvent après les repas, ou même seulement après l'ingestion de quelques parcelles alimentaires.

c. La douleur existe au devant du cœur et non sous le sternum ; elle consiste dans une sensation de plénitude de la poitrine plutôt que dans celle d'étreinte et de compression, sa durée est plus longue, d'un quart d'heure à une demi-heure et même davantage.

d. Lorsque l'accès survient après le repas, ce qui est la règle, les malades éprouvent d'abord une gêne pour respirer, ils ont de l'anhélation plutôt que de la dyspnée (Barié), ils éprouvent une sensation pénible à l'épigastre ; parfois même la douleur angoreuse s'y fait sentir tout d'abord, ainsi que l'ont signalé dans l'Angine de Poitrine cardiaque et pulmonaire Leared (3), Broadbent et H. Huchard (4), après l'apparition de l'angoisse épigastrique puis l'oppression s'exagère, le pouls est petit, les extrémités se refroidissent, la douleur survient et s'accompagne alors d'un état syncopal très marqué. Cette forme d'*Angor* est donc caractérisée par la production d'accidents pulmonaires et cardiaques, par l'existence d'une sorte de dyspnée ou d'anhélation qui accompagne souvent les accès douloureux.

e. On observe souvent les signes d'un retentissement de l'affection gastrique sur le cœur (palpitations, intermittences, lipothymies, symptômes asystoliques, etc.) augmentation de la matité précordiale

(1) Capelle. — *Thèse inaug.* Paris 1861.

(2) Barié. — *Rev. de Méd.* p. 1 et 117, 1883.

(3) Leared. — Affections larvées du cœur, 1867.

(4) H. Huchard. — *Union Méd.*, 3e série, 1879.

surtout dans le sens transversal, existence d'un bruit de galop droit et d'une insuffisance tricuspidienne plus ou moins durable, accentuation du deuxième bruit pulmonaire, etc.

f. Dans ces attaques, même les plus sévères, la guérison est la règle, la mort est extrêmement rare, on l'observa cependant (1).

Au résumé, on observe souvent chez les dyspeptiques des troubles fonctionnels et pathologiques du cœur au nombre desquels figure l'Angine de Poitrine. Au début de ces accès gastriques, le cœur est rarement altéré, ce n'est qu'à la longue et après une nombreuse succession d'ictus angineux sur le cœur qu'il devient le siège de désordres profonds dans sa structure, dans ses valvules ou ses gros vaisseaux. Nous reconnaîtrons donc deux sortes d'Angine de Poitrine Gastrique, l'une simple, sans altérations cardiaques, l'autre compliquée de lésions organiques. Nous les étudierons successivement.

1° Angine de Poitrine Dyspeptique

SANS ALTÉRATIONS CARDIAQUES

OBSERVATION LXIV

(PERSONNELLE)

Angine de Poitrine Dyspeptique.

Le 22 Juin 1876, je suis appelé nuitamment au village de Sigogne, commune du Thou, canton d'Aigrefeuille, dans la maison d'un de mes clients et auprès d'un de ses amis de Rochefort, qu'il avait invité à assister à la foire du pays. On avait gaiement déjeuné et plus largement encore dîné, porté de nombreuses santés, ingurgité en abondance pâtés, jambon et volailles, et arrosé le tout d'innombrables verres d'eau-de-vie. Vers minuit, le citadin, peu accoutumé à de pareilles frairies et dont l'estomac n'était pas solide comme celui de nos paysans Charentais, se plaignit d'une douleur atroce au creux épigastrique, devint blême, eut bientôt les extrémités glacées, la peau baignée de sueurs froides, et ressentit enfin au côté gauche de la poitrine et au bras du même côté, des élancements si aigus que, craignant de mourir, il se mit à geindre d'une terrible façon, — on vint en hâte me chercher, et je trouvai mon homme dans une angoisse extrême ; il ne put me parler que par signe, de peur d'éveiller la douleur qui était paroxystique, car lorsqu'elle s'exaspérait, il criait et s'agitait, cherchant à comprimer sa poitrine et son estomac pour atténuer sa souffrance ; le pouls était petit, resserré. — J'administrai un ipéca avec de l'eau tiède ; le terrain ainsi déblayé, une potion éthérée laudanisée, du tilleul

(1) Voir une observation publiée par M. Huchard (*Union Médicale*, 3e série 1879) sur un cas d'Angine de Poitrine chez un dyspeptique goutteux, indemne de toute affection cardio-aortique, et qui s'est terminée par la mort. Mais l'autopsie n'a malheureusement pas été faite. Voir aussi, une page plus loin, une observation d'Angine de Poitrine Gastrique suivie de mort, du Dr Fuller.

avec de la canelle, l'enveloppement des extrémités dans des lainages chauds, amenèrent du calme auquel préluda une expulsion abondante de gaz bruyants et fétides. — Le lendemain, le citadin était guéri, et partit le soir, jurant bien comme le rat de ville, invité chez le rat des champs, qu'on ne le reprendrait plus à imiter nos campagnards.

L'observation que je viens d'écrire est presque identique avec la suivante, due à M. le professeur Péter, et qu'on lit dans son traité des maladies du cœur.

OBSERVATION LXV
(Dr Péter)

Angine de Poitrine dyspeptique au début d'un repas. — Troubles des vaso-moteurs. Guérison.

J'ai observé des faits de simple névralgie du plexus cardiaque dans un cas très net survenu au commencement d'un repas. Après l'ingestion de quelques bouchées seulement, le malade fut pris d'un sentiment d'angoisse douloureuse à la région rétro-sternale supérieure. Il n'y avait pas de douleurs dans les bras, mais ils étaient comme alourdis, il y avait une pâleur excessive de la face, refroidissement des extrémités et tendance à la syncope.

Quand j'arrivai, quelques moments après le début de l'accident, le visage n'était pas seulement d'une excessive pâleur, mais les yeux étaient un peu excavés comme par une attaque de choléra, la vue était éteinte, la peau froide, couverte d'une sueur abondante et visqueuse; le pouls, filiforme et ralenti, battait cinquante fois seulement ; une douleur sourde existait encore à la région du plexus cardiaque avec sentiment de gêne, de constriction et de plénitude portant parfois le malade à faire de grandes inspirations ou à pousser des soupirs.

2° Angine de Poitrine Dyspeptique
COMPLIQUÉE DE LÉSIONS CARDIAQUES

Dans la plupart des cas, l'Angine de Poitrine Gastrique est moins simple ; non seulement l'estomac, foyer principal des algies, est plus ou moins malade, mais des altérations cardiaques considérables existent qui justifient la fréquence et la gravité des accès ; cette seconde sorte est loin d'être aussi bénigne que la première.

OBSERVATION LXVI
(Dr Fuller. — In-transac. phil. London, XVII)

Angine de Poitrine gastrique. — Aortite athéromateuse. — Hypertrophie du cœur. — Rétrécissement des coronaires. — Mort.

M..., quarante-deux ans, sobre, fort, garde-chasse, entré le 4 octobre 1865 à l'hôpital Saint-Georges, se plaignait depuis un an de douleurs à l'épigastre, provoquées par l'ingestion des aliments. — A part cela, sa santé était excellente. — Le cinquième jour de son entrée, attaque violente d'Angine de Poitrine à laquelle il succomba.

Voici les symptômes observés pendant l'accès : douleur épigastrique, bras

tendus, aspect silencieux, visage anxieux, blémissant subitement, convulsion épileptiforme courte, mais distincte. Le galvanisme promptement employé ne peut le ramener à la vie.

Autopsie. — Ventricule gauche peu contracté, contenant du sang liquide. Valvules normales ; la membrane interne de l'aorte était le siège d'une grande quantité d'athéromes mous comme un coussin. Les orifices des artères coronaires sont rétrécis au point d'y laisser entrer difficilement un stylet. Cœur volumineux (quatre cents grammes). Couleur et structure normales, cerveau intact, muqueuse stomacale congestionnée.

Remarquons que chez ce malade les troubles gastriques dominaient la scène, mais que de causes de mort nous trouvons chez lui : état athéromateux de l'aorte, rétrécissement des artères coronaires, hypertrophie du cœur; et toutes ces altérations n'étaient pas appréciées pendant la vie.

Cette observation présente encore ceci de remarquable, que ce n'est plus au sternum que la douleur se fait sentir et débute, c'est à l'épigastre. C'est en suivant les fibres du pneumo-gastrique stomacal que l'*Angor* chemine ; le cœur ne semble atteint que secondairement et passagèrement par l'orage qui va retentir plus loin et après avoir produit l'épilepsie du cœur, détermine l'épilepsie cérébrale ; la figure du malade bleuit, se convulse, et il est frappé de mort quelques secondes après par le mal comitial.

Quel argument puissant Trousseau aurait tiré de cette observation en faveur de son opinion brillante mais risquée, que l'*Angor Pectoris* était parfois une Épilepsie larvée?

OBSERVATION LXVII

(Barié. — Loc. cit., *Rev. de Méd.* 1883, p. 142.)

Anorexie. — Vertige stomacal. — Dilatation du cœur droit. — *Angor Pectoris.*

A. T..., soixante-neuf ans, marchande de quatre-saisons, atteinte de rhumatisme chronique depuis quatre ans, souffre de l'estomac depuis huit jours (nausées, vertiges, anorexie, etc.). Avant son entrée à l'hôpital, elle a eu deux fois des accès de pseudo-angine de poitrine caractérisés par une douleur précordiale intense avec irradiations dans le côté gauche du cou et de la mâchoire, ainsi que dans les deux membres supérieurs ; cette douleur s'accompagne d'un sentiment de plénitude dans la poitrine avec oppression excessive. A son entrée à l'hôpital, on constate les signes évidents d'une dilatation du cœur droit (accentuation du deuxième bruit pulmonaire, bruit de galop droit, etc.) ; pas d'athérome artériel. Foie normal.

Un jour, la malade, après avoir avalé une tasse de bouillon, est prise d'un accès extrême d'oppression ; le pouls est petit, à peine perceptible. Assise sur son lit, penchée en avant, elle se plaint d'une sensation très douloureuse dans

la région sous-sternale avec irradiation vers le côté gauche du cou et de la face qui est un peu cyanosée, et vers les deux membres supérieurs. Après un traitement qui a consisté dans l'administration d'un vomitif, d'un purgatif, du régime lacté, d'amers et d'eupeptiques, la malade sort guérie, n'ayant plus éprouvé que deux fois des accès fort atténués d'angoisse pectorale (1).

Dans les trois observations suivantes de M. Rendu, reproduites par M. Huchard, *Opere citato* (p. 507 et suivantes), les troubles gastriques et leur retentissement sympathique sur le cœur sont encore plus nettement accusés.

OBSERVATION LXVIII
(Dr Rendu)

Dilatation cardiaque d'origine gastrique, portant presque exclusivement sur le cœur droit ; accès d'Angine de Poitrine unique sous l'influence d'un écart de régime. Disparition totale de l'accident sous l'influence de la diète lactée.

M. Sch..., âgé de cinquante-trois ans, brasseur, est un Alsacien robuste, qui a beaucoup abusé dans sa jeunesse de la boisson, et qui est devenu dyspeptique. En 1877, je le vis pour la première fois avec de l'ascite, un foie congestionné et volumineux, de l'anurie, des palpitations cardiaques ; le cœur battait fortement d'une manière irrégulière ; il y avait un souffle tricuspidien, des plus nets et du gonflement des jugulaires. Je pensai tout d'abord qu'il s'agissait d'une hypertrophie du cœur avec cirrhose, et je soumis le malade au régime lacté. En très peu de jours, l'ascite disparut, une diurèse énorme s'établit, le souffle tricuspidien s'affaiblit et cessa de se faire entendre ; seul, le foie persista volumineux. Il fut alors évident qu'il s'agissait d'une dilatation simple du cœur, retentissant de préférence sur le ventricule droit et se compliquant de congestion hépathique et rénale.

Pendant les années 1878 et 1879, la santé de cet homme se maintint excellente, et il put reprendre une vie active et laborieuse, sans conserver autre chose qu'une tendance extrême à la congestion du foie sous l'influence du moindre écart de régime. A plusieurs reprises, j'assistai à des retours de dilatation cardiaque caractérisés par du bruit de galop, l'accentuation du deuxième bruit pulmonaire, un souffle tricuspidien passager. Toujours des purgatifs, du calomel, une petite dose de digitale et le régime lacté continué pendant une ou deux semaines avaient raison de ces accidents.

En 1880, nouvelle poussée d'asystolie, qui dure près de six semaines et laisse le malade affaibli et oppressé, avec persistance du bruit de galop du cœur droit. Néanmoins les mêmes remèdes agissent avec leur efficacité habituelle, et Sch... peut reprendre ses occupations, avec l'obligation stricte, sous peine de rechute, d'être d'une sobriété absolue.

L'hiver de 1881 se passe sans encombre, avec quelques velléités de congestion hépathique. Au mois d'avril le malade est obligé de faire un voyage d'affaires en Allemagne, pendant lequel il se fatigue, mange irrégulièrement et ne

(1) Barié. — Loc. cit., *Rev. de Méd.*, 1883, p. 142.

boit que de la bière. Il revient à Paris avec une teinte subictérique, la jambe et le ventre enflés, sans appétit, avec des nausées et de l'oppression. Un purgatif drastique d'eau-de-vie allemande le soulage, et au bout de quelques jours son appétit reparaît, mais je lui fais suivre la diète lactée rigoureusement pendant une semaine.

Le 20 mai, se croyant guéri, il se fait servir un plat de son pays, de la choucroute. A la fin du repas, sans cause connue, il est tout à coup envahi par une douleur atroce, qui occupe les deux bras, le devant de la poitrine, la base du cou, et va irradiant jusqu'à la nuque (1). En même temps, un sentiment d'angoisse inexprimable se déclare, sa figure est couverte de sueur, il lui semble qu'il va tomber en syncope. Cet état de douleur agonique se prolonge plus d'une heure, et les souffrances des bras persistent presque toute la journée, en dépit de vomissements qui surviennent et le soulagent notablement. Le soir, grâce à une injection de morphine, la crise est calmée ; mais la constriction thoracique se fait encore sentir, et cette angoisse ne cesse que le lendemain dans l'après-midi, trente-six heures après le début des accidents. Le malade, purgé de nouveau et de nouveau soumis au régime lacté, n'a jamais vu depuis reparaître d'accès semblable. Ici, la cause occasionnelle a été bien manifestement une indigestion, et cette circonstance provocatrice a été d'autant plus influente qu'elle s'adressait à un sujet dont le cœur avait déjà subi à plusieurs reprises le retentissement d'une affection hépathique.

Depuis cette époque, je n'ai pas cessé de suivre M. Sch... Il continue à passer par des périodes d'asystolie passagère quand son foie se congestionne de nouveau et que ses reins cessent de fonctionner aussi régulièrement ; ceci se produit toujours dans les voyages qu'il est obligé d'entreprendre en Allemagne pour faire ses achats de houblon. Actuellement, en 1883, la congestion hépatique est devenue chronique, et il y a un certain degré d'ascite permanente, même quand le cœur se contracte bien et bat régulièrement. Malgré cette aggravation des lésions, jamais l'Angine de Poitrine ne s'est reproduite, et cette immunité concorde avec l'intégrité des fonctions digestives, qui ne s'est pas démentie un seul instant depuis lors.

OBSERVATION LXIX
(Dr Rendu)

Arythmie cardiaque, vertige stomacal et Angine de Poitrine sous l'influence de troubles digestifs. — Disparition des accidents par le fait d'un régime régulier.

M. G..., âgé de soixante-douze ans, goutteux et obèse, mais non athéromateux, ne peut, à cause de sa corpulence, faire la moindre promenade, sans être essoufflé et sans transpirer abondamment ; aussi s'abstient-il de tout exercice ; il passe sa journée assis ou en voiture, et consacre un long temps à ses repas. C'est un fort mangeur, et, malgré son âge, il a gardé un estomac excellent, qu'il surmène constamment.

(1) Le Dr Huchard a vu dans un cas d'Angine, d'origine stomacale, la douleur à début périphérique commencer par le bras, gagner l'épaule, descendre à la partie moyenne du bras, revenir de là à l'épaule, redescendre au bras et finir au coude. La douleur, dans ces accès parcourait ainsi deux fois les mêmes endroits. — Note écrite, du Dr Huchard.

En février 1881, à la suite de plusieurs repas copieux, il est pris d'étourdissements et de vertige stomacal, qui disparaissent au bout de deux semaines. Bientôt après surviennent des palpitations irrégulières, de l'arythmie cardiaque, qui font craindre une dégénérescence du cœur ; cependant à aucune période on n'entend de souffle organique. M. Lecorché, appelé en consultation à cette époque, lui recommande un régime sobre, de l'eau de Vichy et de l'exercice. Il se trouve rapidement mieux, et ses palpitations disparaissent.

En mai, il reprend sa vie habituelle, et de nouveau il éprouve des malaises, des étourdissements, des défaillances. Vers la fin du mois, il se présente dans mon cabinet de consultation et, à peine arrivé, il s'affaisse sur une chaise, en proie à une douleur horrible, angoissante, qui part du cœur et irradie vers l'épaule gauche. Cette attaque d'Angine de Poitrine, la première qu'eût eue M. G..., avait été provoquée par un repas copieux fait à midi, suivi immédiatement de la course nécessaire pour se rendre à mon domicile. Elle dura dix minutes environ ; une injection sous-cutanée d'éther parut l'abréger et soulagea considérablement le malade.

Lorsqu'il fut revenu à son état normal, je l'auscultai avec le plus grand soin : les battements du cœur étaient un peu sourds, faibles et inégaux, le second bruit était bien frappé, le pouls un peu mou, aucun souffle ne s'entendait dans la région aortique ; bref, il n'y avait pas la moindre apparence d'une affection organique du cœur.

A quelques jours de là, chez lui, un nouvel accès, moins fort que le précédent, se représenta, amenant un sentiment de défaillance presque syncopale. Je le revis le lendemain ; l'accès était passé, le cœur battait lentement et régulièrement ; il ne restait aucune trace de la crise de la veille. Le seul traitement prescrit fut de la pepsine, de l'eau de Vals aux repas, la réduction du régime quotidien à un seul plat de viande et de légume, l'usage plus copieux du lait dans l'alimentation, et la suppression du café et des liqueurs, dont M. G. faisait abus.

Depuis lors, la santé de M. G. s'est notablement améliorée, il a eu encore, à plusieurs reprises, de petites atteintes d'Angine de Poitrine, toujours après des écarts de régime ; mais il a fini par comprendre qu'à soixante-quatorze ans il faut ménager son estomac, et en ce moment, grâce à un régime sobre, il n'a plus été repris de ses accès depuis plus de six mois.

OBSERVATION LXX
(Dr Rendu).
Angine de Poitrine dyspeptique

J'ai été consulté pour une jeune femme atteinte d'accès d'*Angor Pectoris* et au sujet de laquelle le docteur Saint-Ange (de Toulouse), son médecin habituel, a bien voulu m'adresser les notes suivantes :

Mme S... présente des accès d'Angine de Poitrine de forme variable, mais qui ne constituent qu'un accident secondaire dans l'affection dont elle est atteinte. Agée de vingt-six ans, née d'un père arthritique, ayant un oncle qui présente des accès de goutte véritable, cette dame a été pendant toute sa jeunesse tourmentée par des crises gastralgiques d'abord éloignées et facilement conjurées, puis plus fréquentes et plus rebelles, surtout depuis sa dernière grossesse, qui remonte à quatre ans. Depuis deux ans, et surtout depuis l'été dernier, les

accidents gastriques sont devenus presque permanents : ils consistent dans des douleurs vives, brûlures ou élancements, provoqués surtout par l'alimentation, météorisme, vomissements, et il est arrivé pendant les mois de décembre et de janvier que l'alimentation a été réduite aux proportions les plus restreintes ; de là un grand amaigrissement et une perte considérable de forces. Cette affection gastrique a été inutilement traitée par toutes sortes de moyens : régime lacté, lavage stomacal, poudre de viande, hydrothérapie, saison à Vichy.

Vers le mois d'octobre dernier, cette gastralgie s'est compliquée de crises d'Angine de Poitrine caractérisées par une douleur précordiale violente, angoissante, avec sensation de constriction, état lipothymique, crises dont la durée atteignait parfois une heure. D'autres fois, on observait plutôt des accidents pulmonaires : dyspnée avec respirations très fréquentes et brèves, suivie d'un état léthargique qui persiste pendant quelques minutes et pendant lequel la malade ferme les yeux et semble dormir tout en conservant la notion exacte de tout ce qui se passe autour d'elle.

Ces crises surviennent quelquefois spontanément, mais bien plus souvent à l'occasion de l'ingestion des aliments, même les plus légers.

Je n'ai jamais cru qu'il s'agit de crises d'Angine de Poitrine véritable et j'ai toujours pensé que l'estomac est l'origine de ces accidents cardio-pulmonaires. Dans l'intervalle des crises, il existe fréquemment des douleurs précordiales plus ou moins vives, de l'essoufflement et des quintes plus ou moins violentes de toux gastrique. — Pour compléter le tableau symptomatique, il faut ajouter que, chez la malade, il a paru exister à différents intervalles une sorte d'alternance avec les symptômes gastriques et les symptômes cardio-pulmonaires, qui d'autres fois se réunissent. De même, il n'est pas rare de voir les accidents gastriques s'amender pour faire place à des accidents d'entéralgie avec excrétion de produits pseudo-membraneux.

Dans l'observation suivante, due, comme les précédentes, à M. Rendu, on voit se dessiner encore plus nettement les troubles gastriques qui sont absolument le point de départ, la cause occasionnelle des accès d'*Angor*.

OBSERVATION LXXI

(Dr Rendu)

Troubles dyspeptiques. — Angine de Poitrine vraie. — Dilatation de l'aorte. — Amélioration sous l'influence de la diminution de la dyspepsie.

M. X..., âgé de cinquante-huit ans, est un homme robuste et vigoureux, qui n'a jamais fait de maladie grave. Né d'un père et d'une mère goutteux, il n'a jamais eu lui-même d'accès de goutte francs, mais l'un de ses frères était manifestement goutteux et atteint de gravelle. Lui-même, bon marcheur, grand chasseur, d'habitudes sobres, a toujours passé sa vie au grand air, dans les meilleures conditions d'hygiène possible. A plusieurs reprises, il a eu de petites atteintes de rhumatisme musculaire, notamment un rhumatisme du deltoïde en 1877 ; mais jamais ces attaques n'ont pris de caractère sérieux, et les articulations sont toujours restées indemnes. Très fréquemment il avait des urines acides, qui laissaient déposer du sable urique par refroidissement sans avoir

jamais présenté de coliques néphrétiques. De temps en temps, les digestions étaient un peu laborieuses, mais ces malaises se dissipaient sous l'influence de quelques bouteilles d'eau de Vals, et la santé restait excellente.

Dans le courant de l'année 1877, M. X..., pendant son séjour à la campagne, fut atteint d'une dyspepsie tenace, compliquée de troubles intestinaux. Tout d'abord c'était de la paresse stomacale, une sensation de barre au niveau du creux épigastrique, et du pyrosis ; bientôt à ces symptômes s'ajoutèrent des coliques intestinales accompagnées de flatuosités et de diarrhée muqueuse. Ces malaises allèrent croissant pendant près de six semaines, et pendant quelques jours il y eut même de la lientérie véritable, qui le fatigua beaucoup.

Dans l'automne, ces accidents cessèrent et firent place à des douleurs rhumatoïdes qui alternèrent avec des petites crises hémorrhoïdales.

L'hiver de 1878 se passa assez bien, sans graves accidents, mais avec des malaises gastriques continuels, qui forçaient M. X..... à surveiller beaucoup son régime et à user presque constamment d'une eau minérale, tantôt d'eau de Vals, tantôt d'eau de Royat. Sous cette influence, malgré quelques retours accidentels de diarrhée, la santé générale se maintint bonne, et même pendant l'été elle fut excellente, M. X... pouvant chasser, monter à cheval, gravir rapidement des coteaux escarpés sans la moindre gêne.

A son retour à Paris, pendant l'hiver 1879, la changement de régime, l'obligation de dîner de loin en loin en ville, l'absence d'exercice physique, ramenèrent de la dyspepsie, et les accidents gastriques reparurent, sous la forme de paresse stomacale et de flatulence, mais sans diarrhée. Pour faciliter la digestion, M. X... prit l'habitude de faire chaque soir, après son dîner, une course d'environ un kilomètre ; c'est à ce moment que pour la première fois il s'aperçut d'un phénomène singulier, dont il méconnut la véritable origine.

M. X... n'avait pas fait dans ces conditions une centaine de pas, qu'il éprouvait dans l'épaule gauche une douleur assez prononcée, fixe, plutôt gênante qu'angoissante, parfois même irradiant jusqu'à la base du cou. Cette douleur d'ailleurs ne gênait en rien la marche, ne s'accompagnait d'aucune oppression, et le malade, se souvenant que deux ans auparavant il avait eu un rhumatisme du deltoïde, rattachait à une influence arthritique sa douleur scapulaire. Elle avait cependant ceci de particulier qu'elle ne se produisait qu'après les repas, surtout le soir, et qu'elle disparaissait invariablement pendant la nuit et le reste de la journée ; enfin elle n'était nullement exaspérée par les mouvements du bras ou de l'épaule. C'était d'ailleurs un malaise si peu gênant que M. X... n'en parla à personne et qu'il se contenta, de son plein chef, de faire des frictions et à prendre des bains de vapeur.

Au bout de quelques semaines d'ailleurs, le malaise disparut complètement ; de leur côté les digestions étaient devenues meilleures, et plusieurs mois se passèrent sans accident.

A plusieurs reprises, pendant l'automne de 1879 et l'hiver de 1880, la douleur scapulaire reparut, coïncidant toujours avec des périodes de dyspepsie.

En juin 1880, le malade éprouva une vive contrariété morale et redevint dyspeptique, sans avoir pourtant la diarrhée qui l'avait tourmenté autrefois. Dans les derniers jours du mois, il ressentit à plusieurs reprises de l'anxiété précordiale, sans vives douleurs. La première attaque d'Angine de Poitrine vrai-

ment intense survint le 2 juillet. Le malade, après une mauvaise digestion, avait mal dormi et s'était levé de grand matin pour faire une promenade à pied. Arrivé sur l'esplanade des Invalides, il fut pris d'une angoisse excessive, avec sensation de gonflement du cœur, constriction thoracique violente et irradiation douloureuse vers l'épaule et le bras. Il crut sa dernière heure arrivée et dut se faire ramener en voiture à son domicile. Pourtant cette violente attaque n'eut aucune suite, et le malade, ayant pris le lendemain un purgatif, retrouva en apparence sa bonne santé et put partir pour le Périgord.

Je le revis un mois après ; il avait eu une nouvelle attaque, moins forte que la précédente, mais très caractéristique. Pour la première fois, en auscultant la région précordiale, je constatai vers l'origine de l'aorte un souffle double, évidemment artériel, symptomatique plutôt d'une aortite que d'une insuffisance valvulaire manifeste, car le pouls était souple et mou, sans bondissement, et le cœur ne paraissait nullement hypertrophié.

On ne pouvait non plus soupçonner la présence d'un anévrysme vrai, car il n'y avait aucun symptôme de compression d'organes, pas de battements sur le trajet de l'aorte, et dans l'intervalle des accès la santé générale était excellente. Je diagnostiquai donc de l'aortite chronique, avec un très léger degré de régurgitation valvulaire, et, comme M. X... avait eu dans sa jeunesse quelques accidents soupçonnés de nature syphylitique, je lui prescrivis un traitement à base d'iodure et de bromure de potassium (un gramme d'iodure et deux grammes de bromure).

Je perdis de vue M. X..., mais j'appris bientôt de lui que son état, loin de s'améliorer, s'aggravait. L'iodure de potassium était mal toléré par l'estomac et lui avait ramené sa dyspepsie à l'état aigu. A plusieurs reprises, il avait essayé du médicament, en diminuant les doses, et même en le prenant par la voie rectale. Chaque fois qu'il y revenait, il était repris de troubles d'estomac, et, chose remarquable, ces accidents gastriques provoquaient presque inévitablement des crises d'Angine de Poitrine moins intenses que celle du 2 juillet, mais parfaitement reconnaissables à l'anxiété précordiale et au sentiment de constriction épigastrique douloureuse qui envahissait le malade. Le médecin auquel il s'adressait dans le Périgord le soumit au régime lacté, et, sous cette influence, un mieux rapide se produisit, les accès disparurent, et M. X.,. put reprendre sa vie habituelle, monter à cheval, chasser, gravir des côtes abruptes, sans éprouver le moindre essoufflement. Les troubles fonctionnels produits par la lésion aortique étaient donc presque nuls, et ils survenaient manifestement sous la dépendance des perturbations gastriques.

En octobre et novembre, de nouveau la santé commença à s'altérer, et quelques crises survinrent, précédées par des troubles gastro-intestinaux. Le malade, inquiet de ces malaises et voyant ses accès reparaître, voulut se faire soigner à Paris, et il partit le 20 décembre. Ce jour-là, il dut changer ses heures de repas et dîner plus rapidement que de coutume. Un peu avant d'arriver à la gare de Limoges, il fut pris du plus formidable accès d'Angine de Poitrine qu'il eût eu jusqu'alors et fut obligé de s'arrêter sans pouvoir continuer sa route. Cette fois, la douleur avait été intolérable, accompagnée de sueurs froides, de lipothymie ; à la fin de la crise, le malade avait expectoré un peu de mousse sanguinolente. Un large vésicatoire appliqué au devant du cœur, des

piqûres d'éther, du sulfate de quinine à haute dose conjurèrent les accidents, et après être resté quarante-huit heures à Limoges, il put arriver sans encombre à Paris.

Je le trouvai amaigri, fatigué, encore sous le coup de cette terrible secousse ; du reste, ne présentant, en apparence, aucune aggravation locale sensible du cœur. Le souffle aortique gardait son timbre doux et filé ; le pouls n'avait pas pris le caractère bondissant ; en dehors des crises, M. X... n'avait que peu d'oppression, les jambes n'étaient nullement enflées, mais l'estomac restait toujours paresseux et la digestion difficile.

Le traitement institué alors, sur les conseils de M. Potain, fut le suivant : régime lacté, pilules de bromhydrate de quinine, injections sous-cutanées de morphine. Quelques jours après, j'y ajoutai deux cautères sur la région de l'aorte. Malgré ce régime, et en dépit d'une certaine diminution dans l'intensité des crises, les accès d'Angine de Poitrine se reproduisirent avec une grande fréquence ; l'appétit se perdit ; le malade, tolérant mal le lait, dégoûté de celui qu'il se procurait à Paris, faisait d'assez nombreuses infractions à la diète lactée, et il ne se passait pas de semaine qu'il n'eût une ou plusieurs attaques, quelques-unes assez intenses pour faire croire à une fin prochaine. A plusieurs reprises, des hémoptysies survinrent à la fin de ces crises, témoignant d'une congestion pulmonaire intense, qui se produisait environ vingt minutes après le début de la couleur précordiale.

Cependant, sous l'influence des cautères, les attaques devinrent plus éloignées, et, vers le commencement de février, M. X... put de nouveau regagner le Périgord sans encombre. Mais c'était, suivant toute vraisemblance pour y mourir, car, pendant les deux mois de février et de mars, il n'y eut pas de jour qu'il ne fut en proie à de terribles accès d'Angine de Poitrine. Cependant, même pendant cette période où les paroxysmes étaient excessifs, il y avait ceci de remarquable, c'est que, les jours où l'estomac tolérait les aliments, la marche sur un terrain plat et même l'ascension de quelques marches d'escalier ne provoquaient point d'accès ; par contre, c'était à l'occasion de troubles dyspeptiques plus intenses que la crise éclatait terrible.

Vers la fin de mars, le malade se remit au régime lacté absolu ; mais les crises ne parurent pas s'amender d'abord. Le 2 avril il en eut une effroyable. Ce fut alors que je lui conseillai de prendre du nitrite d'amyle au moment où les premières douleurs se manifestaient. L'effet de ce traitement fut très remarquable : à partir de ce moment, il n'eut plus que des ébauches de crises ; dès que la sensation précordiale reparaissait, il respirait de quatre à six gouttes de liquide amylique, et immédiatement il sentait une véritable détente se produire. En même temps, les fonctions gastriques se rétablissaient lentement, et vers la fin d'avril M. X... commençait à suivre un régime mixte qu'il supportait bien, sauf de petites menaces de douleurs qui *survenaient toujours le soir après le dîner.*

Grâce au nitrite d'amyle, l'amélioration fut telle, que M. X..., deux mois après ces crises effroyables, se promenait à pied du matin au soir, pouvait surveiller ses travaux et même gravir les pentes de sa propriété.

Du 7 avril à la fin de l'année 1881 il n'eut plus un seul accès, et il revint à Paris dans un état relativement satisfaisant.

Cependant il était loin d'être guéri, et son estomac était toujours fort peu tolérant ; aussi, pendant l'hiver de 1882, eut-il à plusieurs reprises des périodes difficiles à traverser. Néanmoins les troubles cardiaques n'existaient plus, les jambes n'avaient jamais été œdématiées ; M. X... pouvait même monter à cheval, marcher contre le vent sans avoir d'oppression ; il était donc, en apparence, guéri complétement de son Angine de Poitrine, lorsqu'en mars 1882 il prit froid et contracta une pneumonie double, qui l'emporta en quelques jours. L'autopsie ne put être pratiquée.

Réflexions. — Cette longue observation ne saurait, croyons-nous, être interprétée dans le sens d'une Angine de Poitrine purement fonctionnelle et sans lésion. La présence persistante d'un souffle aortique, chez un sujet très certainement arthritique, et peut-être autrefois syphilitique, rend très vraisemblable le diagnostic d'une aortite chronique avec plaque athéromateuse de l'endartère, qui avait été posé. Ce cas rentre donc probablement dans la catégorie des Angines de Poitrine graves dont on meurt et qui se rattachent à un rétrécissement des artères coronaires. Néanmoins, chez ce malade, la cause occasionnelle des accès était si peu celle que l'on rencontre en pareil cas que l'impression de tous les médecins qui ont vu le malade a été : Angine de Poitrine d'origine gastrique. Effectivement, voilà un homme qui jusqu'à la fin de sa vie a pu marcher, monter des escaliers, aller à cheval, sans que ces exercices relativement violents aient jamais déterminé nettement un seul accès de sternalgie ; au contraire, toutes les fois que son estomac devenait malade, on était sûr de voir éclater les accidents de constriction précordiale. Il semble donc, même en admettant l'athérome aortique et la lésion possible des artères coronaires, que la cause provocatrice des accidents était l'excitation des filets nerveux du plexus gastrique, quel que fût le mécanisme par lequel se fit le réflexe cardiaque.

OBSERVATION LXXII

(Dr Liégeois. — Mém. cour., p. 168-170)

Troubles digestifs anciens. — Dilatation du cœur droit. — Accès d'Angine de Poitrine Disparition des accès coïncidant avec l'amélioration des troubles digestifs.

Mme M..., âgée de quarante-quatre ans, vient nous consulter le 18 juillet 1885. C'est une femme encore réglée qui, mariée à vingt et un ans, a eu un enfant mort-né. Je l'ai soignée en 1882 pour une pneumonie.

Elle me raconte qu'elle a des digestions excessivement pénibles depuis l'âge de vingt-deux ans ; bien souvent le matin, en mettant les pieds hors du lit, elle a quelques vomissements pituiteux ; avant les repas, elle a dans le creux épigastrique, dans le dos, au point correspondant, une sensation parfois douloureuse, franchement gastralgique, parfois analogue à une brûlure, à ce qu'elle appelle du « cuisant. » Mais jamais elle n'avait ressenti des douleurs semblables à celles qu'elle a eues le 14 juillet, à huit heures du soir, au commencement de son souper. A peine avait-elle avalé sa première cuillerée de soupe qu'elle se sentit serrée dans la région du cœur comme si on l'avait mis dans un étau ; elle respirait avec une grande difficulté, était d'une pâleur qui fit peur à son mari, et avait une douleur assez vive à l'épaule et au coude gauche. Ces phénomènes d'un nouveau genre, qui lui étaient inconnus jusqu'alors, durèrent une grande demi-heure ; elle s'en alla en faiblesse plusieurs fois, puis enfin l'accès céda.

Les paroxysmes revinrent trois fois dans la nuit sans être provoqués par la moindre ingestion d'aliments ; l'irradiation douloureuse dans l'épaule et le bras fut remplacée par des fourmillements s'étendant jusqu'à l'auriculaire gauche.

Le 15, le 16 et le 17, il y a trois ou quatre accès quotidiens spontanés ou provoqués par les boissons que prend la malade (car sans appétit, elle n'avale rien de solide). Dans la nuit du 17, elle a eu deux accès et elle se sent soulagée quand elle s'agenouille, la tête baissée jusqu'à terre.

Elle nous est amenée en voiture le 18 juillet, à huit heures du matin. Renseigné sur tout ce qui précède, nous portons notre attention sur le cœur, et nous apprenons que depuis ces trois dernières années, et surtout depuis qu'elle a eu sa pneumonie, elle a des palpitations, notamment après les repas ; elle monte péniblement les côtes, se livre difficilement à un ouvrage qui exige des efforts. Nous constatons que la pointe du cœur bat au septième espace intercostal ; la matité précordiale est augmentée dans le sens tranversal, les battements sont petits, précipités, arythmiques ; le second bruit, au niveau du deuxième espace intercostal gauche, à la base du cœur, à gauche du sternum, est très marqué, vigoureusement frappé et dédoublé. Il n'y a pas de signe d'insuffisance tricuspidienne.

Est-ce l'émotion ou tout autre motif, Mme M... est prise dans mon cabinet, sous mes yeux et sous les yeux de son mari, d'un accès d'*Angor*. « Le voici encore qui va venir ! » s'écrie-t-elle ; elle est oppressée, d'une pâleur cireuse, ses mains et le bout de son nez sont froids, elle porte la main à son cœur, je l'ausculte, et j'ai la satisfaction (satisfaction pour un médecin seulement) de noter en outre des symptômes précédents, un souffle diastolique aspiratif très doux, s'étendant de la base du sternum au quatrième espace intercostal : c'est le souffle de l'insuffisance tricuspidienne qui, chez cette femme, n'existe que pendant les accès. Je tiens à faire remarquer, en passant, que les émotions sont susceptibles de produire un excès de tension dans les branches de l'artère pulmonaire au même titre que les impresssions viscérales ; j'aurai à revenir sur cette particularité dont la clinique m'a offert ce seul exemple incontestable et que l'expérimentation physiologique a reproduite chez les animaux. La douleur précordiale dure près de vingt minutes ; nous plaçons Mme M... dans la position où elle déclare se trouver le plus à l'aise, l'accès prend fin.

Convaincu que j'avais affaire à une Angine de Poitrine gastro-myocardiaque, je prescrivis à Mme M... la diète lactée dans toute sa rigueur ; elle devait prendre du *lait, toujours du lait et rien que du lait* de la façon suivante : deux verres à sept heures du matin, trois verres à midi ; deux verres à quatre heures et trois verres à huit heures du soir et se coucher à neuf heures et demie.

Ce traitement a été régulièrement suivi pendant quinze jours. — A partir du 4 août, j'ai autorisé des potages, des viandes blanches, tout en ne permettant que le lait comme boisson. Mme M... que j'ai revue le 15 août va bien ; elle n'a plus de gastrorrhée, ni de gastralgie ; sa digestion, si lente autrefois, ne la fait plus souffrir. Elle n'a eu qu'un accès depuis le 18 juillet, dans la voiture qui la reconduisait à son domicile. Son cœur est encore dilaté, mais il est plus régulier, le bruit de galop a disparu, et la malade, délivrée de ses palpitations, passe de bonnes nuits. Il est vrai que la teinture de digitale que j'ai fait donner pendant quelques jours, à la dose de dix gouttes matin et soir, par lavement, pour ne pas fatiguer l'estomac, a contribué pour sa part à calmer les palpitations.

Toutes ces observations démontrent bien les deux faits suivants : 1° que la dyspepsie et la dilatation subite ou chronique de l'estomac sont une cause prédisposante de l'Angine de Poitrine ; 2° qu'à la longue, ces troubles gastriques déterminent la dilatation du ventricule droit. — D'autres causes que la dyspepsie produisent aussi cette dilatation ; nous les énumérerons plus loin quand nous nous occuperons des Angines de Poitrine de causes organiques ; nous indiquerons en même temps les moyens de reconnaître cette dilatation du myocarde. — Résumons-nous seulement, en disant ici que l'Angine de Poitrine dyspeptique simple est passagère et bénigne, que l'Angine de Poitrine dyspeptique compliquée de dilatation du cœur droit ou myocardiaque, est plus grave, et qu'elle est souvent déterminée par l'ingestion d'un verre de boisson ou quelques bouchées d'aliments.

A notre chapitre du diagnostic nous verrons par l'observation d'un malade traité par nos plus illustres médecins, combien dans certains cas compliqués, est difficile et obscur le diagnostic de l'Angine de Poitrine gastro-myocardiaque.

5. — Angine de Poitrine par Anémie excessive

Il n'est pas douteux pour nous qu'une anémie profonde peut déterminer des troubles extrêmes dans le fonctionnement du muscle cardiaque ; le sang, dans ce cas, est moins oxygéné, les globules moins nombreux, l'hémoglobine moins abondante, et bientôt survient l'heure ou le myocarde devenu lui-même plus pâle, et plus exsangue, présente sa part de souffrance et d'altérations.

Voici comment s'exprime à ce sujet le Dr Renaut (1), de Lyon :

« Le cœur, écrit-il, est dans sa portion active ou *myocarde*, un muscle strié à contraction brusque. L'action de ce muscle est pour ainsi dire continuelle ; il ne se repose que pendant les diastoles qui se suivent à intervalles réguliers, séparés par les périodes de contraction. C'est dire que l'activité du muscle cardiaque est la plus élevée de toutes, si l'on considère le système musculaire dans son ensemble. Pour fonctionner ainsi constamment, l'élément contractile du cœur a besoin de se nourrir avec une intensité proportionnelle à son travail. Or, on sait que l'élément principal des disques contractiles

(1) J. Renaut, professeur à l'école de Lyon. — Contribution à l'histoire de quelques cardiopathies, d'Angine anoxémique (*In Lyon-Médical*, janvier 1880).

d'un muscle strié est la *myosine*, substance quaternaire renfermant une matière spéciale, l'*hémoglobine musculaire*, analogue, sinon identique à la matière colorante rouge des globules sanguins. Cette hémoglobine doit s'oxygéner pendant les repos du muscle (et cela aux dépens du sang des capillaires musculaires) ; puis se réduire au moment même où la contraction s'effectue. Si donc l'oxygène qui arrive à la fibre cardiaque est en quantité insuffisante, le phénomène chimique corrélatif à la contraction s'effectuera avec une moindre intensité ; le travail moteur, qui est fonction de l'action chimique précitée, sera lui-même amoindri ; et, par conséquent, il en sera de même du rendement du cœur, considéré en tant que moteur mécanique. L'anoxémie pure et simple doit donc rigoureusement déterminer l'affaiblissement des mouvements du cœur, et devenir ainsi une première et puissante cause de troubles cardiaques. »

Mais si cet état d'anoxémie continue, aux troubles fonctionnels se joindront bientôt des altérations plus graves, le cœur devient flasque, pâle, jaunâtre, son tissu est facile à déchirer, ses faisceaux musculaires primitifs sont parsemés de gouttelettes graisseuses qui se sont substituées à la striation primitive transversale ; les faisceaux contractiles du cœur sont surchargés de granulations graisseuses ; pourquoi ? parce que la myosine du cœur n'a pas reçu une quantité suffisante d'oxygène, que l'hémoglobine musculaire, celle du cœur, aussi bien que celle du reste du corps a disparu peu à peu, convertie en graisse, qui a envahi lentement ce muscle strié (stéatose cardiaque). De là, des désordres fonctionnels au premier rang desquels apparaît l'*Angor Pectoris*.

Rappelons à cet égard, l'observation du Dr Gauthier, de Charolles, dans laquelle un mineur, atteint d'anémie professionnelle et victime d'un accident effroyable (il resta suspendu à l'entrée d'un puits de mine), devint angoreux le surlendemain de l'accident ; certainement le saisissement, le pressentiment d'une fin prochaine et terrifiante ont dû contribuer largement à l'apparition du premier accès d'*Angor*, mais croit-on que l'excessive pauvreté de son sang n'y a pas joué un rôle considérable et n'a pas aidé à centupler l'impression que le malheureux a ressentie en se voyant suspendu au-dessus d'un abîme béant au-dessous de lui ?

Voici, du reste, une observation du Dr Renaud (1) où une anémie profonde consécutive à l'action des vapeurs de charbon respirées pendant longtemps a évidemment favorisé l'apparition de l'*Angor*.

OBSERVATION LXV

(J. Renaut. — *Lyon Médical*, 1880, p. 115)

Une femme de trente-quatre ans, nommée Fauchère, Julie, entre le 8 mai 1875 dans la salle de femmes du service de mon excellent maître et ami le docteur Gombault, à l'hôpital de la Pitié. Cette malade est petite, replète, elle s'est toujours bien portée jusqu'en février 1874. Elle était alors mariée à un ouvrier, ne s'occupait que des soins de son ménage et était convenablement logée. Mais, à la date que je viens d'indiquer, cette femme devint veuve, et pour gagner sa vie, elle dut se placer cuisinière dans une maison de commerce où elle avait à nourrir un nombreux personnel d'employés. (Elle était confinée dans un local étroit qui contenait à peine un énorme fourneau et faisait l'ordinaire de quatorze personnes.) Au bout de peu de mois elle s'aperçut qu'elle s'affaiblissait considérablement. Son énergie musculaire était si atténuée qu'elle avait peine à descendre et à monter les escaliers et à faire ses courses. Elle était arrêtée dans sa marche par des palpitations subites qui se renouvelaient à chaque tentative d'exercice un peu violent. Elle était fort colorée et sanguine, disait-elle, avant d'entrer en service, et au bout d'un an environ elle était devenue d'une grande pâleur avec des congestions subites et passagères vers la tête. Au mois de février 1875, elle prit un gros rhume qui l'alita, pour lequel elle fut soignée et que le médecin traitant appela une bronchite. Elle eut huit ou dix jours de fièvre et garda la chambre ; après quoi, à peine convalescente, elle reprit son travail ordinaire.

Elle toussait violemment surtout le soir lorsque, brusquement, une quinzaine de jours après le début de sa bronchite, cette dernière disparut, de telle sorte que Julie F... se crut définitivement guérie ; mais le lendemain et les jours suivants elle fut prise plusieurs fois par jour d'accès douloureux dans tout le côté gauche de la poitrine, dans la moitié du cou du même côté et dans le bras correspondant. La douleur était d'abord sourde et généralisée à tout le côté atteint, sans points douloureux distincts. Au bout de peu de jours la malade n'eut plus qu'un accès par vingt-quatre heures, mais cet accès était extrêmement douloureux et laissait après lui une grande faiblesse ; il survenait régulièrement dans le cours de chaque après-midi. C'est alors que Julie F... se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, cette malade fut soigneusement examinée et l'on ne trouva aucune trace de lésion organique ou autre, dans les appareils méthodiquement examinés. Il n'y avait aucune lésion d'orifice et le cœur battait faiblement avec un rhythme régulier. L'on entendait au foyer des bruits anémiques, un murmure doux, systolique, prolongé dans les vaisseaux du cou. Le pouls était faible, les artères périphériques souples et nullement athéromateuses. Il n'y avait rien qui pût faire penser que la malade fut alcoolique, elle n'avait jamais eu de

(1) *Lyon-Médical*. — Janvier 1880.

rhumatismes. Il n'existait point non plus d'engorgement des ganglions du col ni de la région pré-trachéale. En raison des symptômes douloureux observés, nous recherchâmes des traces de médiastinite et de péricardite sans pouvoir en trouver aucune.

La région latérale gauche du thorax était le siège d'un engourdissement douloureux constant. Par l'emploi de la palpation et des pressions méthodiques sur le trajet des nerfs intercostaux, nous pûmes constater l'existence des points douloureux caractéristiques de la névralgie intercostale. Les nerfs du plexus cervical superficiel étaient vaguement douloureux à la pression, mais sans points véritablement distincts en tant que foyers de douleurs spontanée ou provoquee. En présence de la pâleur de la malade, de son genre de vie, du souffle précordial prolongé dans les vaisseaux et de l'absence en dehors de cela de toute lésion organique appréciable, le diagnostic fut posé comme suit : *Anémie, névralgie intercostale gauche symptomatique et névralgie cervicale obscure.* Un traitement tonique et ferrugineux fut institué.

Mais chaque jour, entre la visite du matin et la contre-visite du soir, la malade éprouva des accès douloureux durant de cinq à dix minutes, et qui mettaient la salle en émoi. Je résolus alors d'être témoin de l'un d'eux, et le 18 mai, étant resté toute l'après-midi à l'hôpital, j'en vis un se développer complétement sous mes yeux.

Au moment où j'étais en train d'examiner la poitrine de la malade, je la vis tressaillir, pâlir, puis sa respiration s'arrêta brusquement, le visage exprima l'effroi, puis une douleur, mais une douleur intense. Julie F... avait les lèvres serrées, et ne répondait plus à mes interrogations que par de faibles signes, comme si elle eût redouté d'exagérer, en faisant le moindre mouvement, la douleur qui l'étreignait ; bientôt elle reploya son bras gauche sur sa poitrine et se soutint le coude avec la main droite comme si le membre eût été trop lourd. En même temps, elle pleurait silencieusement, comme une personne qui souffre à l'excès sans pouvoir se soustraire à la sensation douloureuse. Elle resta ainsi, assise sur son lit et immobile, pendant vingt minutes que je comptai, puis une légère sueur se montra sur le col et sur le front, la malade retomba sur ses oreillers comme anéantie. J'avais évidemment assisté à une attaque prolongée et intense d'Angine de Poitrine.

Julie F... me raconta alors que subitement, pendant mon examen, elle avait été prise d'une énorme oppression, bientôt suivie d'une douleur aiguë en demi-ceinture, le long du nerf intercostal affecté, et d'une sensation de brûlure rapidement propagée au col, à l'angle de la mâchoire et le long du bras jusqu'au coude gauche. Pendant l'accès douloureux j'avais ausculté le cœur, il battait faiblement, un peu précipitamment, avec un rhythme régulier.

Le 19 mai au matin, la malade était calme, je l'examinai avec mon élève et ami, M. Decaudin, interne du service, et nous ne trouvâmes encore aucune trace de lésion organique. La respiration fut toujours régulière et ne montra jamais de période d'apnée comme on en observe dans la stéatose cardiaque. Un régime tonique et calmant fut institué. Sous l'influence principalement du bromure de potassium (une cuillerée à café de solution à 20 % soir et matin) les accès, tout en restant quotidiens, devinrent de moins en moins intenses. Enfin ils disparurent au bout de trois semaines environ. La malade parais-

sait beaucoup moins anémique, mangeait bien, son souffle précordial avait en partie disparu. Elle fut envoyée en convalescence au Vésinet ; mais huit ou dix jours après y être arrivée elle prit un accès qui fut intense, se prolongea pendant plus de vingt-cinq minutes et se termina par une syncope mortelle.

Voici donc une femme qui s'était toujours bien portée, qui n'avait jamais eu de rhumatismes, qui n'était affectée ni de lésion d'orifices cardiaques, ni d'aortite athéromateuse, ni de médiastinite chronique, et qui, changeant brusquement de vie, et s'exposant dès lors continuellement aux émanations des fourneaux, devient gravement anémique, prend une névralgie intercostale, puis des accès de sternalgie, et meurt de syncope à la fin de l'un d'eux !

7° Angine de Poitrine due au Goître Exophtalmique

(MALADIE DE BASEDOW)

Ainsi que l'a fait avec juste raison remarquer M. Lescaux (1), ce n'est pas seulement l'innervation motrice qui est troublée dans le goître exophtalmique, on constate encore des troubles de l'innervation sensitive. — Ainsi, quelques-uns de ces malades ont un sentiment d'angoisse rétro-sternale plus ou moins accusé, un plus petit nombre encore a de véritables accès d'*Angor*.

Parry est le premier qui signala cette coïncidence, il en a cité deux cas : dans l'un, les douleurs survenaient très violentes à la partie inférieure du sternum, dans l'autre, c'était au cœur lui-même que le malade accusait l'angoisse caractéristique. Les accès se reproduisirent pendant cinq ans et s'accompagnèrent plus tard de palpitations et de gêne respiratoire.

Laqueur (2) a observé une jeune femme de vingt-deux ans, atteinte de maladie de Basedow nettement caractérisée par la triade caractéristique, — bientôt après, elle eut à souffrir en outre, d'accès périodiques d'Angine de Poitrine s'accompagnant d'élancements douloureux vers la clavicule et le bras gauche. — Cette complication si grave ne détermina cependant point la mort, mais peut-être

(1) Lescaux. — Des perturbations cardiaques dans le goître exophtalmique. Thèse de doctorat, Paris 1885, n° 276.

(2) Laqueur. — De morbo Basedowii nonnulla adjecta singulari observatione. — Dissertation inaugurale. Berlin 1861.

ne fut-elle pas étrangère à l'apparition de complications cérébrales qui amenèrent une terminaison fatale. — Laqueur fit l'autopsie du cadavre et n'y trouva aucune lésion cardiaque pouvant expliquer les symptômes de la sternalgie.

Trousseau avait-il eu connaissance de l'observation de Laqueur, nous ne le croyons pas, et nous reproduisons ici la page où ce grand clinicien a mentionné la coïncidence des deux maladies.

OBSERVATION LXXIV

(Trousseau. — Loc. cit., t. II, p. 493 et suivantes)

Angine de Poitrine accompagnant la maladie de Basedow.

Il s'agit d'une femme de soixante ans, atteinte de goître exophtalmique avec la triade symptomatique complète qui eut une seule attaque d'Angine de Poitrine. L'attaque dura plusieurs heures avec irradiation douloureuse dans l'épaule droite. Elle succomba.

A l'autopsie, qui fut faite par M. Péter, on trouva des *incrustations calcaires à la grande courbure de l'aorte et des dépôts athéromateux dans la portion descendante.*

D'après les résultats de l'autopsie, on est fondé à dire cependant que dans ce cas, ce n'est pas seulement la maladie de Basedow qui a donné naissance à l'*Angor* mais bien plutôt les altérations trouvées après la mort par M. Péter, chargé de l'autopsie, car une aorte tapissée d'*incrustations calcaires à sa grande courbure et de dépôts athéromateux dans sa portion descendante* peut bien occasionner cette maladie. — En sorte qu'on ne peut dire au juste laquelle de ces deux affections a prédominé comme cause prédisposante. Cette observation a donc moins d'autorité que la précédente et les suivantes.

OBSERVATION LXXV

(Antonio Cardarelli) (1)

Une femme, de trente ans, à la suite d'une peur, est prise d'exophtalmie, de goître, tremblement avec convulsions, d'Angine de Poitrine, de contracture des jambes et d'atrophie des muscles de la main.

A ces phénomènes, succède une attaque apoplectiforme avec hémiplégie gauche qui dure deux mois.

---

(1) A. Cardarelli. — Le malattie nervose e funzionali del cuore. Naples 1882, p. 37-40, et photographie I de la première page de son livre.

On remarquera la ressemblance de cette observation sous le rapport de ses complications terminales cérébrales, avec celle de Laqueur.

Dans l'observation suivante, due à M. Marie (1), l'Angine de Poitrine survient, chez un sujet atteint de maladie de Basedow, sans lésion du cœur ou des gros vaisseaux, et M. Marie n'hésite pas à la comparer aux Angines de Poitrine hystériques sur lesquelles il a, comme nous l'avons dit plus haut, contribué largement à appeler l'attention clinique. D'après cet auteur, le tremblement fibrillaire continu des muscles, même sans goitre et sans exophtalmie, révèle l'existence de la maladie de Basedow.

OBSERVATION LXXVI

Maladie de Basedow fruste. — Accès d'Angine de Poitrine.

M. B.... vingt et un ans, doreur sur bois (n'emploie jamais de mercure) décembre 1882.

Son père est mort à soixante-neuf ans, atteint très probablement de paralysie agitante (à la suite d'une peur pendant la Commune il tremblait constamment, était comme soudé, ne pouvait tourner la tête, avait généralement une sensation de chaleur excessive, ne pouvait rester en place).

Une tante de sa mère est morte folle ; une cousine germaine est épileptique ; un cousin germain, le frère de cette cousine, est mort dans l'adolescence, épileptique.

Pas d'alcoolisme, pas d'excès vénériens.

Etant enfant il a toujours été très chétif.

Fièvre typhoïde il y a treize ans ; au moment de la convalescence, il croit se souvenir qu'il eut pendant quelques jours un peu de tremblement.

Il y a trois ans, il a eu une forte bronchite au cours de laquelle il a rejeté quelques crachats un peu teintés de sang ; depuis, il n'a jamais rien observé de semblable. Depuis cette époque, il a souvent ressenti des étouffements, des palpitations, surtout quand il marchait vite ou se livrait à un effort un peu prolongé. Il n'y a qu'un an qu'il s'est aperçu qu'il tremblait, et c'est pour cette raison qu'il a dû cesser son métier de doreur, car il ne pouvait plus poser la feuille d'or à la place voulue ; ce tremblement était d'ailleurs moins fort au début qu'il ne l'est devenu dans la suite.

Etat actuel. — Le malade est un peu maigre, mais semble cependant assez bien constitué ; les membres sont plutôt grêles et les masses musculaires peu développées.

Il n'y a ni goitre, ni exophtalmie.

Les battements du cœur sont réguliers, assez violents et la main placée sur le thorax sent vivement l'impulsion cardiaque ; le premier bruit à la pointe a

(1) Marie. — Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow. Th. doctorat, Paris 1883, n° 144, p. 29, 30 et 31.

un timbre un peu métallique, ce qui est dû sans doute à la force même de cette impulsion. On entend dans le quatrième espace intercostal, à un centimètre au-dessus du mamelon et à trois centimètres en dedans de celui-ci, un souffle doux systolique ayant plutôt les caractères d'un souffle anémique que d'un souffle organique. Le pouls est d'amplitude moyenne ; sa fréquence est de cent à cent vingt ; il est régulier. Le tremblement est tout à fait évident aux quatre membres ; de plus, on constate, après avoir fait déshabiller le malade, une trémulation des sterno-mastoïdiens, des grands pectoraux, des muscles du bras (triceps), des fessiers, des adducteurs de la cuisse, etc...

En plaçant les mains sur les épaules du malade, on sent nettement qu'il est agité d'une trémulation générale. Nous avons déjà vu que le tremblement des bras est assez fort pour avoir obligé ce jeune homme à abandonner son métier.

Les réflexes tendineux sont un peu exagérés au genou et au poignet ; assez fréquemment, diarrhées sans coliques survenant brusquement et durant, soit un jour (deux ou trois selles), soit deux ou trois jours et s'arrêtant brusquement ; il affirme qu'alors les matières rendues sont très jaunes.

Il a beaucoup de peine à s'endormir et son sommeil est constamment agité de cauchemars.

Sueurs continuelles le jour et la nuit ; la paume des mains est toujours humide.

Quelquefois le malade éprouve un besoin pressant de manger, de véritables fringales, sans que cela soit poussé à une véritable boulimie.

Un certain nombre de fois déjà, il a été pris d'accès d'Angine de Poitrine.

Ces accès débutent par une augmentation des palpitations, un serrement du cœur comme si on le lui arrachait ; il lui semble qu'il va mourir, en même temps, il sent une douleur dans l'épaule gauche ; quelquefois il perd connaissance sans avoir d'ailleurs aucune convulsion ; toujours, quand son accès se termine, il est pris d'un impérieux besoin d'uriner.

Quelquefois aussi, accès de toux quinteuse, sèche, sans expectoration.

L'auscultation et la percussion ne nous ont révélé dans les poumons l'existence d'aucune lésion, vingt-trois respirations par minute.

Sur la moitié droite du cou et sur les régions, pectorale, acromio-claviculaire et scapulaire à droite, on voit un certain nombre de taches pigmentaires d'une étendue variant de celle d'une lentille à celle d'une pièce de deux francs ; les contours de ces taches sont assez irréguliers ; leur coloration peu intense est assez analogue à celle du masque de grossesse chez les femmes. Leur limitation à la moitié droite du corps est parfaitement nette.

OBSERVATION LXXVII

(Dr Daubresse) (1)

Goître exophtalmique chez un homme de vingt-six ans.

G... Ernest, comptable, âgé de vingt-six ans, né à Caen, entre le 26 avril 1883 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis, numéro 30, dans le service de M. le

(1) G.-D. Daubresse. — Du Goître exopthalmique chez l'homme (étude clinique). Thèse de Paris 1883, n° 245, p. 9-13.

Dr Benjamin Anger. N'a pas été malade dans son enfance ; a été au collège à neuf ans. Au moment d'une épidémie qui régnait à Caen en 1872, a eu une variole assez confluente, il avait été vacciné. A été militaire pendant cinq ans, a passé quatre ans en Algérie, a eu en 1877, à la suite de fatigues, une pneumonie à droite qui l'a tenu pendant six semaines à l'hôpital militaire.

Pas d'antécédents héréditaires ; cependant mère nerveuse, très impressionnable. Le malade a toujours été un peu nerveux ; tout jeune, il avait le caractère très vif. En 1880 son regard présentait déjà quelques modifications, ce qui lui a attiré plusieurs punitions, les officiers l'accusant de les regarder d'un air insolent. Le médecin dut même intervenir et reconnut une exophtalmie légère, l'existence d'un souffle au cœur et une certaine irritabilité nerveuse. En décembre 1881, de retour à Caen, le malade a de fortes palpitations que déterminent surtout l'exercice et une marche un peu longue ; ces palpitations existaient déjà pendant les derniers mois de service militaire, elles étaient alors occasionnées par les exercices d'équitation ; et c'est même cette infirmité qui avait obligé notre malade à abandonner le métier des armes. M. Denis Dumont, chirurgien de l'hôpital de Caen, est alors appelé par la famille : il constate une exophtalmie assez marquée, des palpitations, un souffle assez fort à la base et ordonne l'usage de la digitale, d'une solution de bromure de potassium et des applications répétées pendant vingt minutes d'une vessie pleine de glace sur la région précordiale.

En février 1882, le malade se marie et fait quelques excès vénériens. Il passe l'été à Trouville, où il prend des bains de mer ; ces derniers déterminent une certaine amélioration ; mais il raconte qu'il lui était impossible de nager longtemps. Au bout de quelques minutes la respiration devenait difficile, le malade était obligé de regagner rapidement la plage, ce qui ne lui était jamais arrivé auparavant. Il remarque à ce moment que ses vêtements et en particulier le col de sa chemise lui serrent fortement le cou ; il ne s'en préoccupe pas et attribue cette augmentation du cou à l'embonpoint. Deux médecins l'examinent durant son séjour au bord de la mer et reconnaissent l'existence de la triade symptomatique du goitre exophtalmique. A cette époque, l'état cérébral de sa femme se modifie singulièrement, et elle présente les premières manifestations d'une folie héréditaire (mélancolie). Notre malade est obligé de la faire enfermer dans une maison de santé et éprouve à cette occasion de violentes émotions. Il vient habiter Paris et remplit pendant quelques mois les fonctions de secrétaire dans la rédaction d'un journal. Cependant, la maladie l'empêchant de travailler, il entre bientôt à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Hérard ; ce dernier reconnait, outre l'existence du goitre exophtalmique, la présence au cœur d'un souffle très fort à la base et au premier temps. Le malade est soumis à l'usage de la digitale et prend deux douches froides par jour. Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, il se plaint de cauchemars, la nuit surtout ; assez souvent il est réveillé en sursaut par des battements précipités avec bruit incommode dans les oreilles, il éprouve une oppression violente et a une sensation douloureuse dans l'épaule et le membre supérieur gauche. L'angoisse précordiale est alors très grande ; l'irradiation dans le bras gauche s'étend, tantôt jusqu'au bout des doigts, tantôt seulement jusqu'au coude. A plusieurs reprises, ces crises ont disparu après une injection de morphine. Il remarque qu'elles revien-

nent surtout lorsqu'il a éprouvé des émotions plus ou moins vives dans la journée. Après un traitement d'un mois, il éprouve une grande amélioration. Il sort et reprend ses occupations. Depuis, il éprouve des alternatives d'aggravation et de mieux être.

Il y a quelques jours, il s'est blessé au pied avec des chaussures neuves, il a voulu continuer à marcher et a eu bientôt une lymphangite légère avec adénite inguinale droite. C'est ce qui détermine le malade à entrer le 25 avril à l'hôpital Lariboisière. Ces accidents inflammatoires n'ont qu'une importance secondaire ; le malade garde le repos au lit et on lui applique sur le pied du glycérolé d'amidon.

Exophtalmie. — En s'approchant de lui, ce qui frappe tout d'abord, c'est son regard, qui exprime à la fois la colère et le mépris. Les globes oculaires des deux côtés sont saillants ; on voit parfois tout le cercle cornéen. Il y a un léger degré de strabisme convergent, les deux pupilles sont légèrement dilatées et égales. L'exophtalmie existe donc ; toutefois le globe oculaire ne dépasse pas le plan passant par la base de l'orbite. Il y a de temps en temps un nystagmus passager. Le signe de Graefe n'existe pas, les paupières suivent le globe de l'œil dans les mouvements d'élévation et d'abaissement. L'acuité visuelle est normale ; toutefois à certains moments, les objets ne sont pas perçus nettement et les lettres dansent ; le malade se plaint aussi d'avoir un léger brouillard devant les yeux et de légères mouches volantes.

Goître. — Le cou présente une déformation tout à fait caractéristique ; la circonférence qui mesurait vingt-neuf centimètres au moment de notre premier examen mesure quelques jours après quarante-deux centimètres. La déformation est due bien manifestement à l'augmentation de volume du corps thyroïde qui est également hypertrophié des deux côtés, on peut se rendre compte aussi de l'hypertrophie de l'isthme qui réunit les deux lobes. La peau, à la surface de la tumeur, est tendue, on n'y trouve de plis qu'au niveau de son bord supérieur correspondant à la pomme d'Adam. Elle est sillonnée par un riche lacis veineux formant des traînées bleuâtres qui sont plus apparentes lorsque le malade fait un effort ou a une crise douloureuse. Sur les parties latérales on voit des battements dus au soulèvement de la tumeur en ce point par l'artère carotide. Le battement s'étend à la partie inférieure de la joue et de la région parotidienne. En appliquant la main à plat sur le cou, on a un frémissement des plus nets ; l'auscultation permet de reconnaître l'existence d'un souffle doux assez intense qui augmente à mesure qu'on se rapproche des vaisseaux carotidiens où se produit un véritable bruit de diable.

Cœur. — Le malade se plaint de palpitations fréquentes plus marquées le soir, la nuit, au moment d'un effort, à la suite d'une émotion. En examinant la région précordiale on voit qu'elle est soulevée en masse ; la main y perçoit un frémissement plus marqué au niveau de la pointe. La matité cardiaque est augmentée. La pointe bat dans le sixième espace intercostal. A la base et au premier temps, existe un souffle doux ; le choc de la pointe est saccadé ; le premier temps est très soufflant. Parmi les autres troubles de la circulation, nous signalerons la présence de battements épigastriques, l'absence de battements hépatiques et de double souffle crural. Le pouls est assez fort. La pression

digitale ne parvient pas à le déprimer ; ses battements sont fréquents ; nous les avons comptés à plusieurs reprises et nous avons trouvé plus de cent pulsations à la minute.

Assez souvent, surtout lorsque la journée a été mauvaise, et qu'il a eu des contrariétés, G... éprouve subitement pendant la nuit une douleur vive dans la région précordiale consistant surtout en une espèce de constriction avec irradiation dans l'épaule et dans le membre supérieur gauches ; cette crise est très douloureuse, s'accompagnant d'une dyspnée intense. Le malade avait déjà eu a plusieurs reprises ces accès d'Angine de Poitrine à l'Hôtel-Dieu. Il en a eu deux depuis son entrée à l'hôpital Lariboisière. Les injections sous-cutanées de morphine le soulagent presque instantanément ; le 1er mai, il a été calmé après une injection d'éther. La respiration présente des modifications dans son rhythme ; nous avons compté le nombre des respirations qui s'élevaient à trente par minute, alors que le malade était au lit depuis quelques jours. Les fonctions digestives sont régulières ; le malade a eu à plusieurs reprises de la diarrhée ; en ce moment, il a des accès de fringale et sa boulimie est telle qu'il mange parfois dix morceaux de pain. Les selles sont régulières. La miction est plus facile, elle est plus fréquente. La quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures est de trois litres.

Nous avons à plusieurs reprises examiné les urines de notre malade ; même pendant la période de digestion, nous n'avons trouvé ni sucre, ni albumine. Il existe cependant une polyurie notable, le malade urinant près de trois litres par jour.

G. est continuellement agité, il s'irrite à tout propos et cherche volontiers querelle à ses voisins. Il remue continuellement dans son lit, il a un tremblement continu des mains qui est plus marqué lorsqu'on les lui fait étendre, les doigts étant écartés les uns des autres. On note aussi un tremblement fibrillaire continu des masses musculaires. Lorsque le malade est debout et qu'on le prie de se tenir sur la pointe des pieds, le tremblement apparaît dans les membres inférieurs d'abord, s'étend aux muscles du tronc, à ceux des membres supérieurs, devient général et il lui est impossible de garder l'équilibre pendant quelques secondes.

Parmi les troubles de la sensibilité, nous signalerons des sensations de chaleur et des fourmillements, surtout le soir, et une anesthésie qui occupe la face dorsale du tiers inférieur des deux avant-bras ; l'insensibilité existe encore au niveau de la face dorsale du gros orteil.

Le sommeil est troublé par des cauchemars ; il est troublé aussi, assez souvent par les accès d'Angine de Poitrine que nous avons signalés plus haut.

L'érythème du pied pour lequel le malade est entré dans le service de chirurgie a été assez long à guérir et il nous a semblé que sa durée a été plus grande que s'il était apparu chez un sujet bien portant. Le 5 mai, le malade passe dans le service de médecine de M. le Dr Duguet.

Nous terminerons par une observation récemment recueillie ; on le voit, cette sorte d'*Angor* est assez rare, mais il n'est pas douteux, à présent que l'attention des praticiens est fixée sur ce point, que le nombre en augmentera sous peu.

OBSERVATION LXXVIII

(Dr Liégeois. — Mém. cité, p. 235.)

Angine de poitrine au début de la maladie de Basedow.

Julie C.., nous est amenée par sa mère le 18 février 1885. Ses règles, d'habitude abondantes et régulières, ne reviennent pas depuis deux mois ; la jeune fille a des dégoûts, aussitôt qu'elle a mangé elle vomit, elle a maigri de plus de 25 livres en deux mois et tous les organes scrupuleusement interrogés ne révèlent aucune lésion.

Mlle C..., est-elle enceinte ? Gros point d'interrogation... La mère en a peur, je le vois bien.... je renonce à apprendre à la jeune fille ce qu'elle ne sait peut-être pas et je redoute d'être mal accueilli en ayant même l'air d'y songer. Je prescris des amers et de l'arséniate de fer, le laudanum ou la glace contre les vomissements.

Je me creusais l'esprit pour savoir ce qu'avait cette fillette ; j'étais bien convaincu que ce n'était point là de l'anémie pure et simple. Je me demandai aussi si elle était diabétique (il n'y avait point de sucre dans les urines) car son jeune frère, particularité des plus curieuses, est mort diabétique, soigné par moi, à l'âge de 15 ans, après avoir porté son affection deux ans. Un autre frère et une sœur ainsi que la mère sont bien portants ; le père qui était asthmatique, est mort en 1881. Enfin, notre malade Mlle C..., est affectée de punaisie.

Appelé à la voir la seconde fois le 9 mars, je fus frappé en entrant dans la chambre de voir ses membres inférieurs et supérieurs, à l'exception de la tête, pris d'une trémulation incessante qu'elle ne pouvait réprimer et qui paraissait s'exagérer quand j'appelai sur ce phénomène l'attention de la jeune fille. Pendant tout le temps que durait ce tremblement, elle était obligée, de crainte de tomber, de se tenir assise.

Cette fois, je fis un diagnostic ; sachant que bon nombre d'auteurs ont décrit le tremblement au début de la maladie de Basedow, au point qu'on a pu dire (Pierre Marie) qu'il est à peu près constant dans cette maladie, sachant en outre, que dans cette affection, il y a fréquemment de l'aménorrhée, je déclarai à Mme C..., que sa fille avait la *cachexie exophtalmique* et que un jour où l'autre probablement, son cou grossirait, ses yeux deviendraient saillants et qu'elle aurait des battements de cœur. Avant de quitter la malade, je pus m'assurer que la triade symptomatique en question n'existait pas, le cœur battait seulement à 90 avec un souffle anémique à la base — la voix avait les caractères dits de *ta voix de poulet*. Je prescrivis des lotions fraiches tous les matins et fis continuer la préparation arsenicale.

Le 25, épistaxis très abondantes d'un sang aqueux suivies d'un grand affaiblissement.

Rappelé le 29 mars, j'appris que Mlle C..., avait eu le 26, le 27 et le 28, à 4 heures de l'après-midi sans cause occasionnelle bien spécifiée, *des douleurs constrictives et angoissantes au-dessus du sternum s'irradiant dans le cou et dans l'épaule gauche. — Ce paroxysme angoreux avait duré au moins 20 minutes chaque fois et la jeune fille avait cru qu'elle allait mourir.*

Je fis continuer les lotions fraiches et remplaçai l'arseniate par le tartrate errico-potassique.

J'ai seulement revu Mlle C... le 21 juillet, elle a pris des bains de rivière pendant tout le mois de juin ; elle a regagné 25 livres de son poids, elle a beaucoup d'appétit, son tremblement a disparu, elle n'a pas eu de nouveaux accès d'angine de poitrine, mais *les yeux sont très saillants et très fixes (yeux du hibou), le lobe droit et le lobe moyen de la thyroïde sont augmentés de volume et en pressant fortement avec l'extrémité du doigt sur le lobe moyen on a la sensation d'un thrill, enfin le cœur bat plus vite qu'autrefois* (120) *et a une impulsion énergique.*

J'ai recommandé de nouveau l'*hydrothérapie* et je soumets Mlle C..., à l'usage quotidien de la *teinture de veratrum viride.*

M. Liégeois nous a dit avoir appris que M. Landouzy a donné en 1884, à l'hôpital Tenon, ses soins à un goitreux exophtalmique, atteint de camptodactylie, qui avait éprouvé dans plusieurs hôpitaux de la Province et de Paris, et éprouva des crises d'Angine de Poitrine. Enfin, M. Liégeois doit à l'obligeance de M. H. Huchard deux observations de maladie de Basedow, avec accès nocturnes de pseudo-angor, pour employer l'expression du médecin de l'hôpital Bichat.

8° Angine de Poitrine causée par des affections mentales.

Voilà un chapitre nouveau signalé par M. Liégeois à l'attention des praticiens et une page où viendront sans aucun doute s'inscrire de nombreuses observations encore à glaner aujourd'ui. Certaines affections mentales, celles surtout où l'agitation est constante, où la tension du système nerveux hypéresthésié est énorme et incessante, doivent vraisemblablement favoriser l'entrée en scène de l'Angine. Les maniaques, les fous, quoique vivant en dehors de notre monde et insensibles souvent aux excitations extérieures, n'en ont pas moins souvent des conceptions, des sensations, des exaltations conscientes et, à force de surmener intérieurement le système nerveux, doivent ce nous semble, tout aussi bien que les neurasthénique, être exposés à l'Angine de Poitrine.

Déjà J. Frank (1) avait, mais sans en relater aucun cas, admis les *maladies du cerveau* comme prédispoant à l'Angine de Poitrine.

Citons l'observation suivante due à M. Liégeois.

(1) Frank. — Loc. cit., t. IV., p. 458.

OBSERVATION LXXIX

(Dr Liégeois. — Mém. couronné par la *Soc. Méd. d'Amiens*, *Rev. Méd. de l'Est*, loc. cit., p. 746).

Angine de Poitrine chez un maniaque.

Martin B.... est âgé de 45 ans. La première fois que je vis cet homme, il venait d'éprouver une douleur subite dans la région précordiale avec irradiation douloureuse dans le bras gauche jusqu'au coude accompagnée d'un sentiment de suffocation, de pharyngo-œsophagisme et d'aphonie. Le pharyngo-œsophagisme était tellement marqué que je diagnostiquai à priori un œdème de la glotte et que j'étais tout disposé à appliquer des sangsues autour du cou et à faire des insufflations astringentes. Un examen plus attentif de mon malade ne tarda pas à me révéler le vrai diagnostic, et me rappelant que le pharyngo-œsophagisme avait été signalé dans l'Angine de Poitrine, observé même chez l'illustre Hunter atteint de cette terrible maladie, je compris bien vite pourquoi mon patient portait les mains à la gorge comme pour indiquer que là était le siège de son mal. J'ai retrouvé plus tard dans un mémoire d'Eichwald la mention des troubles de la déglutition et de la phonation que présentait à un haut degré mon malade, car, non seulement il avait de la dysphagie mais aussi de l'aphonie. — Chez lui, la région cutanée thoracique antérieure était hypéresthésiée et quand je la touchais, j'exaspérais la souffrance, tous phénomènes qu'on trouve notés dans les observations d'autrui.

On m'apprit que fort robuste, du reste, il n'avait pas la tête à lui. Cette année, je lui ai donné des soins pour *manie furieuse*.

L'observation suivante démontre jusqu'à l'évidence que l'Angine de Poitrine reconnaît pour causes prédisposantes les maladies *du cerveau* ; Frank admet au même titre celles de la *moëlle épinière*.

OBSERVATION LXXX

(Dr Liégeois. — Mém. cité, *Rev. Méd. de l'Est*, p. 746).

Hubert H..., âgé de 28 ans, d'un tempérament sanguin, éprouve à trois reprises différentes, les symptômes caractéristiques de la maladie d'Heberden.

Son père est mort à 62 ans d'un ramollissement cérébral ; un de ses oncles a succombé à la même lésion qui ne l'a enlevé qu'à la troisième attaque ; sa mère, âgée de 58 ans, est hystérique, un cousin que je suis appelé à soigner souvent, a des accès d'asthme et des crises cardialgiques atrocement douloureuses.

C. — Causes prédisposantes Diathésiques

Les causes prédisposantes diathésiques de l'Angine de Poitrine sont :

1. **L'Arthritisme** coïncidant avec des lésions aortiques ;
2. **La Syphilis** coïncidant avec des lésions du péricarde ;

3. **L'Herpétisme** sans lésion aortique ou cardiaque ;
4. **Le Diabète** } avec ou sans lésion cardio-aortique.
5. **L'Ataxie locomotrice** }

1° Angine de Poitrine arthritique.

Les auteurs de la génération qui nous a précédés ont remarqué, surtout en Angleterre, l'affinité étroite qui semblait exister entre l'Arthritisme et l'Angine de Poitrine. Schmidt (1), Blackall (2) disaient que cette maladie pouvait être une manifestation du rhumatisme sur le cœur. Le premier l'appelait à cause de cela, *asthme arthritique* et Stöller (3) qui partageait cette idée, lui donna le nom d'*asthme spasmodico arthritique* ou *angor arthritique*. — Trousseau (4) n'a-t-il pas écrit aussi « sans qu'il soit besoin d'invoquer *une rétrocession, une répercussion du rhumatisme*, on conçoit que cette névralgie puisse se développer au même titre que toutes les névralgies dont sont très communément affectés les rhumatisants. »

Mais c'est surtout M. Péter qui, dans ses leçons cliniques, a signalé le rhumatisme articulaire comme pouvant déterminer l'Angine de Poitrine. Ses élèves, les Docteurs Viguier (5) et Letulle (6) se sont inspirés de ses idées et en ont fait l'objet, le premier de sa thèse de doctorat et le second d'un mémoire intéressant. Plus tard encore M. Péter a retracé de cette variété une description magistrale. Enfin, un autre de ses élèves, le Dr Martinet, a pris cette maladie pour sujet d'une thèse (7), où il a énergiquement et habilement soutenu la théorie de ce Professeur.

En résumé :

1° L'Angine de Poitrine peut être occasionnée par l'Arthritis non inflammatoire ab-articulaire (rhumatisme nerveux, névralgie rhumatismale ou rhumatisme neurasthénique) ;

2° Elle peut accompagner un accès de Rhumatisme articulaire aigu;

3° Elle se montre enfin pendant ou après un accès de Goutte et comme une sorte de goutte viscérale.

---

(1) Schmidt. — Diss. de Ang, pect., Gættingue 1793.
(2) Blackall. — Loc. cit.
(3) Stoller in Hufeland's-Journal. — Page 115.
(4) Trousseau. — Loc. cit., t. II., page 442.
(5) Viguier. — De l'Ang. de P., Th. Doct., Paris 1873.
(6) Letulle. — Arch. gén. de méd. 1880.
(7) Martinet. — De l'Ang. de P. rhum., thèse de Doct., Paris 1884.

Étudions successivement ces trois variétés d'*Angor Pectoris* arthritique.

1re Forme. — Angine de Poitrine Arthritique, Ab-articulaire.

C'est celle où l'Angine de Poitrine accompagne une arthritis sans manifestation articulaire aiguë, sans répercussion bien appréciable, sans lésion aortique ou cardiaque. Cette variété d'Angine de Poitrine arthritique est reconnaissable par la fréquence des accès qui sont plus souvent nocturnes que diurnes, caractères qu'elle partage avec l'asthme et par son peu de gravité.

OBSERVATION LXXXI

(résumée)

(Trousseau. — Cl. méd., t. II. P. 442-43).

Arthritique atteint d'Angine de Poitrine.

M. J..., ancien pharmacien, souffrait d'un catarrhe capillaire auquel s'ajoutaient des douleurs étranges dans la poitrine, douleurs rappelant un peu celles de l'Angor Pectoris. — Depuis six mois il en ressentait les angoisses. Il y avait des moments où, pendant plusieurs jours de suite, il ne pouvait se livrer au moindre exercice sans être pris d'une douleur violente et subite apparaissant en arrière au milieu du sternum et s'accompagnant d'une extrême difficulté de respirer. Cette douleur s'étendait de suite aux deux bras, mais principalement au bras gauche. Pour trouver quelque soulagement, il fallait qu'il s'arrêtât court et mit ses deux mains sur sa tête. Alors les bras s'engourdissaient et l'accès finissait au bout d'une minute. Il y avait en outre ce symptôme particulier que le malade ressentait à la fin une extrême envie d'uriner et que s'il ne la satisfaisait pas aussitôt ressentie, au lieu d'un accès il en avait quatre et était forcé d'uriner quatre fois. Enfin, au moment où l'accès allait finir et quand ses bras s'engourdissaient, il se rendait compte d'un mouvement congestif vers la muqueuse nasale.

Trousseau fait remarquer que ce besoin irrésistible de miction et cette congestion de la muqueuse nasale se retrouvent dans l'Asthme, modalité si fréquente de la Diathèse arthritique.

OBSERVATION LXXXII

(W. Griffin et D. Griffin) (1).

Migraines fréquentes. — Angine de Poitrine. — Névralgie rhumatismale leur succédant.

Une dame de quarante-cinq ans souffrait depuis plusieurs années d'une céphalalgie intense ou plutôt de migraines précédées presque toujours par un certain état d'obscurcissement de la vue et de l'hémiopie. Puis elle fut prise, *pendant la nuit*, de palpitations fréquentes avec oppression et douleurs dans

(1) W. et D. Griffin. — Observations on fonctionnal affection of the spinal cord. London 1834.

la poitrine, le bras, le cou et la région de l'estomac. Un médecin crut à une affection organique du cœur ; mais un autre consulté, la traita comme une affection hystérique, et la malade se remit par l'emploi des antispasmodiques... Douze mois après, nous fûmes appelé *la nuit* par cette dame, qui se sentait mourir. Il paraît que quelques heures après s'être couchée, elle fut éveillée brusquement par des palpitations violentes, des douleurs lancinantes dans la région précordiale irradiant de là dans l'épaule et le bras. Elle se leva aussitôt pâle et terrifiée, sentant la mort imminente. Après peu de temps, la douleur s'amenda, les palpitations diminuèrent. Ces accidents, très atténués, se reproduisirent *plusieurs nuits* de suite, laissant après eux un état d'hypéresthésie excessive au niveau de la dernière vertèbre cervicale. J'attribuai ces divers symptômes uniquement à l'irritation des nerfs cervicaux ou pneumogastriques.

L'été suivant, je fus encore appelé à *minuit* chez cette dame ; elle avait été éveillée brusquement par un accès d'oppression intense (sorte d'asthme), qui lui fit croire à sa fin prochaine. La respiration était bruyante avec menace de suffocation, comme dans les cas graves de croup spasmodique, elle éprouvait une douleur très vive au niveau de la première, de la sixième et de la septième cervicale. Elle guérit rapidement de ces accidents, auxquels succédèrent d'autres douleurs rhumatoïdes avec douleurs névralgiques et musculaires dans les membres accompagnées d'un léger état fébrile.

OBSERVATION LXXXIII

(Ch. Liégeois, mémoire couronné, page 239.)

Angine de Poitrine chez un Arthritique.

M. C..., garde forestier, âgé de 40 ans, a été pris dans la nuit du 12 juin 1882 de son premier accès d'Angine de Poitrine. Il se rappelle très bien s'être éveillé tout à coup cette nuit là, à 11 heures du soir, avec la sensation d'une griffe derrière le sternum, sensation d'une mort prochaine et douleur simultanée dans le cou et l'épaule gauche. Cet accès n'avait duré qu'un petit quart d'heure et il n'en avait jamais rien dit.

J'apprends ceci le 15 juillet 1885, jour où M. C .., vient me consulter pour des accidents tout semblables qu'il a éprouvés dans la nuit du 14, à une heure du matin ; son estomac était comme gonflé, il s'est assis sur son lit pour respirer plus facilement, puis il a éprouvé. comme en 1882, une sensation de griffe l'étreignant douloureusement derrière le sternum, comme si on eût voulu rapprocher sa poitrine de son dos ; il avait bien mal aussi à l'épaule gauche. Cet homme prétend que l'accès a duré cette fois quatre heures consécutives.

Il n'a pas de lésions cardio-aortiques, quoiqu'il fût un peu buveur. — C'est un arthritique ; il se plaint souvent et surtout au changement de temps de douleurs erratiques, de ce qu'il appelle ses rhumatismes, et en 1883, je lui ai enlevé à la partie inférieure de la joue gauche un lipome gros comme le poing, affection qui, si j'en crois un très intéressant travail de M. Lardier, se voit fréquemment chez les arthritiques.

La Neurasthénie étant, d'après l'avis si judicieux de M. Huchard,

presque toujours de source arthritique, il n'est pas rare de rencontrer des sujets qui sont à la fois arthritiques et neurasthéniques et alors sollicité par cette double cause d'appel, l'Angor Pectoris vient compliquer la scène. — Nous pouvons en donner de nombreux exemples.

OBSERVATION LXXXIV

(Huchard. — Loc. cit. page 498).

Malade Arthritique et Neurasthénique atteinte d'Angine de Poitrine.

Mme L. S..., âgée de cinquante-cinq ans, femme distinguée, fort intelligente, très impressionnable, a des antécédents arthritiques des plus accusés : *grand-père*, mort de goutte, *père* hémorrhoïdaire et migraineux, *mère* ayant eu des coliques hépatiques. Elle a quatre enfants : un *fils* de 30 ans qui a eu dans son enfance des accès fréquents de faux-croup et qui, il y a trois ans, a eu des hémoptysies fort abondantes, non suivies de tuberculose, que j'ai toujours regardées comme d'origine arthritique ; une *fille* impressionnable à l'excès, hystérique (accès de pleurs, météorisme abdominal, diarrhée ou constipation, palpitations fréquentes, terreurs nocturnes, quelques phénomènes vagues d'anxiété précordiale, etc.,) ; une autre *fille* également hystérique, atteinte depuis plus de trois ans d'anorexie hystérique, ayant un caractère mobile, fantasque, capricieux.

Il y a 15 ans, cette malade a eu des accidents spasmodiques assez variés, parmi lesquels il faut signaler : un état de contracture du sphincter anal tel que deux chirurgiens des plus éminents crurent à l'existence d'une fissure dont tous les effets disparurent comme par enchantement au moment où ils se disposèrent à pratiquer la dilatation de l'anus ; un spasme œsophagien qui nécessita même l'emploi du cathétérisme œsophagien. Puis, dans l'intervalle de plusieurs années elle eut des accidents divers : spasmes de l'intestin, pseudo-tumeurs intestinales, concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin, herpès génital avec douleurs très vives précédant l'éruption vésiculeuse, spasme du col de la vessie, etc. De temps à autre, accès de désespoir, urines claires, limpides et abondantes et d'autres fois chargées d'acide urique et d'urates. Il y a deux ans, accès de palpitations, phénomène du doigt mort, insomnie persistante, fatigues inexplicables, symptômes d'irritation spinale.

Il y a douze mois, pendant trente jours consécutifs, sans cause connue, elle est réveillée en sursaut presque toujours à la même heure, de une heure à deux heures du matin (la malade se couche ordinairement de onze heures à minuit) ; elle se lève sur son lit, en proie à une anxiété profonde et indéfinissable, à une douleur violente à la partie supérieure de la région précordiale, d'autres fois à sa partie moyenne à gauche, d'autres fois encore exactement sous le sternum. Elle éprouve rarement la sensation complète de constriction de la poitrine, mais il s'agit plutôt de la sensation d'un cœur énorme qui va faire éclater le thorax : puis la douleur se propage au cou, aux mâchoires, à l'œsophage, où elle produit une véritable dysphagie pour redescendre à l'épaule, au bras droit et jusqu'aux deux derniers doigts, où se produit le phénomène du doigt mort. Deux fois, les irradiations sont bilatérales aux membres supérieurs. Cette attaque, qui dure une demi-heure, mais plus souvent une heure et même deux heures, s'accompagne de refroidissement général, de sueurs froides, appréciables surtout

à la face et à la paume des mains. La malade est très effrayée de cet état, d'autant plus qu'il ressemble, dit-elle, aux accès d'Angine de Poitrine extrêmement violents éprouvés par un de ses parents, le général C..., âgé de soixante-quinze ans. Mais le cœur est absolument indemne de toute lésion; la durée des accès, leur forme, leurs allures, etc., indiquent qu'il s'agissait bien plutôt de pseudo-angine chez une neurasthénique et arthritique. Je la rassurai de mon mieux, prédisant à ses douleurs une issue favorable. Or un beau jour, sans cause connue, les accès disparaissent pour ne plus jamais revenir. Depuis cette époque, Mme L. S..., a continué sa vie tourmentée par les névralgies et les affections spasmodiques les plus diverses et les plus nombreuses.

OBSERVATION LXXXV

(H. Huchard. — Loc. cit., page 500).

Malade neurasthénique et arthritique atteinte d'Angine de Poitrine.

Mme L. B..., névropathe, âgée de quarante-sept ans, est née d'un *père* très rhumatisant, d'une *mère* qui a été atteinte de gravelle ; une de ses *filles* a eu des coliques hépatiques après une grossesse ; une autre, âgée de seize ans, est extrêmement développée et presque obèse. Elle-même a eu à plusieurs reprises de l'eczéma, quelques douleurs vagues dans les membres, des névralgies erratiques et dernièrement un rhumatisme articulaire apyrétique n'ayant occupé que les articulations du coude et du poignet. Elle a éprouvé à différentes reprises des douleurs vives dans la région lombaire, quelques accidents de spasme vésical, et depuis sept ans elle se plaint d'une faiblesse singulière des membres inférieurs sans avoir jamais rien eu qui put faire supposer l'imminence d'une vraie paraplégie (myélasthénie). Il y a deux ans, pendant huit jours consécutifs, elle a été réveillée tous les matins, presque à la même heure (de quatre à cinq heures), par des « accès d'oppression très douloureuse ». Tout à coup, elle se lève comme en proie à un cauchemar des plus pénibles ; elle « sent alors que sa respiration n'est pas en cause, car elle respire librement; mais elle éprouve une sensation étrange, une angoisse indéfinissable avec crainte de la mort; la poitrine semble trop étroite pour contenir le cœur, qui se gonfle et va éclater; la douleur parcourt ensuite l'épaule gauche, le coude, l'avant-bras et parvient aux deux derniers doigts, qui sont le siège d'un engourdissement très pénible. » Cet état dure une heure et demie à deux heures, sans laisser d'autres traces qu'un certain anéantissement et de prostration des forces. Puis tout disparaît au bout de douze jours, et depuis un an et demi cette femme, qui ne présente rien d'anormal du côté du cœur ou de l'aorte, n'a plus jamais rien éprouvé de semblable.

OBSERVATION LXXXVI

(Landouzy. — In Huchard, page 500).

Malade neurasthénique et arthritique atteint d'Angine de Poitrine.

M. R..., avocat, trente-cinq ans, après avoir présenté dans son adolescence quelques bizarreries de caractère, est aujourd'hui un névropathe distingué. Les troubles nerveux, qui ont commencé il y a trois ou quatre ans, se sont présentés

et se présentent à l'heure qu'il est sous tous les aspects ; c'est ainsi que, depuis huit mois, nous avons constaté de l'anesthésie, des douleurs névralgiques, des états paretiques des membres, un état dyspeptique des plus prononcés, des phénomènes spasmodiques nombreux : contractions presque rhythmées du diaphragme et de l'œsophage (véritables crises d'éructation), œsophagisme intermittent. Tous ces phénomènes ont alterné avec des crises de larmes et de rires enfantins, avec des états d'excitation et de dépression intellectuelle ou affective, enfin avec des phénomènes d'excitation ou de dépression génitale, celle-ci semblant, depuis plusieurs mois déjà, devoir persister. Pendant que cet état névropathique protéiforme était dans son plein, M. R... eut, à plusieurs reprises, à quelques jours de distance dans la soirée, un accès d'Angine de Poitrine avec irradiation dans tout le bras gauche, assez angoissant pour lui, assez terrifiant pour sa femme pour qu'on m'envoyât chercher en hâte. M. R... qui, en dépit de son arthritisme (migraines, hémorrhoïdes, acné, dyspepsie, calvitie précoce), n'a jamais présenté de manifestation de rhumatisme articulaire franc aigu ou subaigu, est indemne de toute altération cardio-vasculaire, comme s'en sont assurés du reste MM. Hardy, Charcot et A. Fauvel, dont l'attention était attirée spécialement de ce côté. Par les quatre médecins qui ont vu M. R..., il a été considéré comme un névropathe ; par les quatre médecins, les accès d'Angine de Poitrine ont été rattachés, comme tant d'autres phénomènes, à son nervosisme. Pour moi, qui connais les antécédents de M. R... (*père* mort à 50 ans d'une affection du cœur après avoir été douloureux toute sa vie, *mère* morte à 54 ans d'une attaque d'apoplexie, une *sœur* très nerveuse, un *frère* arthritique avec migraines, hémorrhoïdes, angine granuleuse, dyspepsie, tendance à l'obésité), pour moi, qui continue à le suivre et à le voir chaque jour en proie à des troubles nerveux divers, je le considère comme un arthritique ab-articulaire, comme un arthritique cérébro-spinal.

OBSERVATION LXXXVII

(Ch. Liégeois. — Mém. cité, page 147).

Accès d'Angine de Poitrine consécutif à une contrariété chez une femme à la fois neurasthénique et arthritique.

Clémence F..., âgée de 35 ans, est une grosse fermière qui, mariée à 21 ans, est mère de deux fils dont l'un est hydrocéphale et dont l'autre n'a pas grande intelligence.

Son *père* était alcoolique, sa *mère* est morte asystolique à 65 ans, après avoir eu pendant longtemps des signes d'insuffisance mitrale, consécutive à deux atteintes de rhumatisme articulaire aigu. — Une de ses *sœurs* a évacué l'an dernier, après des paroxysmes très douloureux de coliques néphrétiques, un gravier unique gros presque comme un pois.

Cl. F..., que je soigne depuis sept ans, est très nerveuse, s'impatientant pour le moindre motif; calomniant tout le monde, pensant qu'on lui en veut, qu'on la traite de paresseuse, etc. De temps à autre, elle a eu des douleurs dans les membres (mélalgie) ou dans les jointures (arthralgies) et fréquemment dans les parois de l'abdomen.

Elle a déjà eu trois accès de coliques hépatiques ; à la suite d'une crise, nous avons recueilli un gros calcul urique.

Or, cette *arthritique neurasthénique* a éprouvé cette année, le 12 juin, à cinq heures du soir, un accès d'Angine de Poitrine ayant pour cause occasionnelle le chagrin qu'elle avait de ne pas voir son mari qui travaille au loin, revenir comme il l'avait promis. L'accès dura au moins une heure. Clémence F... croyait *que des chiens lui mordaient le cœur*, elle n'avait pas la force de crier, elle pensait que c'était sa dernière heure, elle avait mal en même temps jusque dans l'épaule gauche et le petit doigt de la main gauche.

2e Forme. — Angine de Poitrine compliquant un Rhumatisme articulaire aigu

Nous avons dit plus haut que c'est M. Péter et ses élèves, MM. Viguier, Letulle, et récemment M. Martinet (1), dans sa thèse extrêmement intéressante, qui se sont surtout occupés de cette variété d'Angine de Poitrine, au sujet de laquelle il nous semble bon de faire une distinction, utile non seulement au point de vue du pronostic, mais encore au point de vue du traitement plus ou moins énergique à mettre en usage.

Dans la première de ces variétés d'Angine de Poitrine rhumatismale — les symptômes généraux sont moins graves, moins accentués, la fièvre moins violente, la symptômatologie moins menaçante, il n'y a qu'une simple hypérémie des nerfs cardiaques ; dans l'autre, la douleur précordiale est plus accentuée, plus persistante, le cortège fébrile plus développé, la pression plus douloureuse, non seulement au foyer du plexus cardiaque, mais dans le voisinage. Ce dernier est enflammé, il y a véritablement une névrite cardiaque, c'est l'Angine de Poitrine névritique, c'est-à-dire grave, sérieuse, parfois mortelle si une médication énergique ne la conjure pas. Nous citerons quelques observations de la première, nous réservant d'étudier l'Angine de Poitrine Névritique quand nous nous occuperons des Angors de causes organiques.

OBSERVATION LXXXVIII

(Dr Rueff. — Thèse de Martinet)

Angine de Poitrine pendant un rhumatisme articulaire aigu

Mme Sch..., âgée de soixante-trois ans, est une femme bien constituée, un peu nerveuse, mais n'ayant jamais présenté d'hystérie convulsive ; elle s'est bien portée jusqu'à l'époque de la ménopause, où elle a eu, pendant cinq mois, un rhumatisme articulaire aigu qui s'est promené sur diverses articulations.

(1) Martinet. — De l'Angine de Poitrine rhumatismale. Th. doct., Paris 1884.

3 juin 1883. — Elle fut de nouveau atteinte de cette affection, qui débuta aux membres inférieurs et envahit ensuite presque toutes les autres articulations.

Le 20. — Alors que la malade était en voie de rémission, elle fut subitement prise, à trois heures du soir, d'une douleur précordiale très violente avec sensation de constriction thoracique et dyspnée des plus intenses, mais sans irradiation dans le cou ni dans le bras; la respiration était brève, saccadée, excessivement fréquente (quarante inspirations à la minute). La malade se plaignait de battements de cœur très pénibles. A l'auscultation, on constate que les battements sont irréguliers et très fréquents, cent-vingt à la minute; mais on ne trouve ni souffle, ni frottement d'aucune nature. Le pouls est aussi très fréquent et irrégulier. L'auscultation des poumons est normale et il n'existe pas d'éléments morbides dans les urines.

L'on détermine de la douleur par la pression au niveau des dernières côtes, vers le troisième espace intercostal et sur les parties latérales du cou.

Cet état d'anxiété et de dyspnée diminue un peu au bout de quelques heures, mais sans disparaître complètement ; il en est de même des palpitations.

Le lendemain, la malade est examinée par M. le professeur Péter, qui constate les symptômes précédemment énoncés et ne trouve, après une très longue observation, aucun bruit de souffle, ni à la base, ni à la pointe. Il nous fait remarquer l'absence de toute cyanose soit à la face, soit à l'extrémité, malgré la dyspnée violente qui dure depuis la veille. Il croit à une hypérémie rhumatismale du plexus cardiaque et prescrit une demi-douzaine de sangsues à la région précordiale.

Le lendemain, cet état avait complètement disparu et, huit jours après, la malade entrait en convalescence de son rhumatisme articulaire.

Nous avons revu la malade à plusieurs reprises depuis cette époque, et encore tout dernièrement ; elle ne présente aucun malaise qui puisse faire supposer chez elle une affection de cœur. D'ailleurs, l'auscultation du cœur et de l'aorte nous montre que ces organes sont dans un état normal.

OBSERVATION LXXXIX

(Dr Viguier. — Thèse)

Mlle Marie R..., rentière, âgée de vingt-trois ans, tempérament lymphatico-nerveux, née à Nîmes (Gard), de parents malingres, mais sans antécédents morbides, tomba subitement malade, à la suite d'une imprudence qu'elle avait commise. Au mois d'août de l'an dernier, elle se tint pendant un certain temps dans un endroit humide, dit Capitella, servant à entreposer les raisins. Quand elle y pénétra, elle était couverte de sueur et, en sortant, elle accusa un sentiment de courbature dont elle se plaignit à sa mère.

La journée se passa sans grande fatigue ; mais, le soir, la malade se sentant plus mal, fit mander le médecin.

21 août 1872. — Fièvre assez forte, céphalalgie violente, yeux larmoyants, peau chaude et sèche, douleurs dans les reins et dans les articulations. Rien à l'auscultation ni à la percussion, soit aux poumons, soit au cœur.

Prescriptions. — Sinapismes aux jambes, tisane sudorifique, lotion d'eau sédative sur le front, potion calmante.

Le 25. — Diminution de la fièvre, absence de céphalalgie ; la sécheresse de la peau a disparu, mais il s'est produit un gonflement des genoux qui sont douloureux ; pas d'épanchements. Rien du côté des organes thoraciques. Sur le soir, le pouls prend une légère accélération.

Prescriptions. — Frictions sur les genoux avec du liniment ammoniacal camphré, térébenthiné ; fomentations sèches aux membres inférieurs. Le matin, la malade a pris une limonade Rogé. Pilules de carbonate de fer, vin de quinquina.

Le soir, un léger mouvement fébrile. Potion calmante, eau de laurier-cerise.

Le 26 au matin. — Pas de fièvre. La malade prend deux bouillons. Les genoux sont toujours douloureux, néanmoins un peu moins tuméfiés ; les mouvements articulaires sont pénibles ; on sent un léger épanchement ; toujours absence de troubles cardiaques ou pulmonaires.

Prescriptions : ut suprà. — Potion avec soixante-quinze centigrammes de quinine.

Les 27 et 28. — Sous l'influence du sulfate de quinine, la rémittence vespérale a presque disparu, les genoux sont toujours douloureux et tuméfiés ; épanchement à peine perceptible.

Le 29. — La journée est très bonne ; la malade n'accuse presque plus de douleurs dans le genou ; pas de fièvre vespérale. Continuation du traitement antérieur, sauf le sulfate de quinine.

Vers onze heures du soir, la malade est subitement atteinte d'une constriction angoissante qu'elle définit « comme si on lui serrait les deux seins ». Dyspnée intense, la malade cherche toutes les positions possibles pour trouver du soulagement ; douleurs précordiales s'irradiant vers le bras, jusqu'au milieu de l'avant-bras, fortes palpitations, intermittences dans les contractions cardiaques, puis lenteur progressive du pouls, pâleur de la face, refroidissement des téguments et des extrémités ; elle éprouve des défaillances très courtes, il est vrai, faisant craindre une syncope. Les paroles sont brisées, saccadées ; la malade fait de nombreuses inspirations sans éprouver le moindre soulagement.

Prescriptions. — Ventouses sèches sur la région précordiale, inhalations d'éther, potion avec acétate d'ammoniaque, six grammes, sinapismes aux membres inférieurs, frictions sur tout le corps avec de l'alcool camphré.

La malade éprouve quelques soulagements après l'application des ventouses et les frictions ; les téguments reprennent leur température normale, le cœur reprend un rhythme moins intermittent et plus rapide, la dyspnée est un peu moindre, la douleur précordiale et brachiale est constante.

A minuit, la malade respire plus librement sous l'influence d'une nouvelle application de ventouses sur l'épaule et sur la région dorsale gauche (continuation des inhalations d'éther). Demi-heure après, la malade est couverte de sueurs profuses qui amènent insensiblement la disparition de la dyspnée ; il se produit une réaction fébrile assez intense. La malade se sent brisée.

Le 30. — Sur les quatre heures du matin, la malade s'endort d'un sommeil agité, troublé par des cauchemars, la douleur brachiale n'est plus que de l'engourdissement.

De temps à autre encore, quelques palpitations réveillent en sursaut la malade.

Le lendemain, à midi, mieux très sensible ; il ne reste plus qu'un sentiment extrême de lassitude ; seulement, l'épanchement articulaire, sous l'influence des sinapismes, a reparu ainsi que la tuméfaction et la douleur.

Le soir, un léger mouvement fébrile. — Potion avec quatre grammes de bromure de potassium, deux pilules de belladone (Trousseau).

Le 31. — Amendement dans l'état de la malade.

Prescriptions : ut suprà.

1er, 2, 3, 4 et 5 septembre. — Même traitement ; la malade se lève le 4 ; les genoux sont encore douloureux et tuméfiés, mais plus d'épanchement.

Le 6. — La malade n'a pas encore vu apparaître ses menstrues ; dans la journée, douleurs des reins, sensation de pesanteur au bas du ventre.

Prescriptions : ut suprà.

Le 7. — Dans la journée, la malade est reprise d'un nouvel accès, mêmes symptômes que dans le précédent, sauf la dyspnée, qui est bien moindre. L'accès ne dure qu'une heure au plus, caractérisé surtout par des troubles cardiaques ; à la fin de l'accès, vomissements et selles copieuses.

Prescriptions. — Même traitement que dans l'accès précédent ; une heure après l'accès, potion emménagogue avec tisane d'armoise, q. s., vin emménagogue, trente grammes.

L'accès est bien moins fort que le précédent ; les sueurs arrivent ; le soir, mouvement fébrile.

Le 8. — La malade voit apparaître ses menstrues, faiblement d'abord, puis avec caillots et coliques, puis assez abondantes.

Prescriptions : ut suprà.

Le 9. — Amélioration notable ; les menstrues continuent. — Fer, vin de quinquina, bromure de potassium, belladone.

Les 10, 11, 12 et 13. — Mêmes prescriptions ; amélioration continue ; le 12 elle se lève, et le 14 elle peut faire une promenade en voiture.

Les jours suivants, la malade va de mieux en mieux. — Usage du fer, du quinquina, flanelle sur les articulations.

L'état de Mlle Marie R... s'est amélioré depuis ; elle a éprouvé seulement quelquefois une légère angoisse précordiale et un engourdissement de la région scapulo-brachiale, avec intermittences fugitives dans les contractions cardiaques, mais cela a été tout. La malade a continué longtemps, et reprend de temps à autre son traitement par le bromure de potassium et la belladone.

Depuis, il n'y a pas eu de rechutes.

OBSERVATION XC

(Dr Viguier. — Thèse)

Henry V..., aide-major, stagiaire au Val-de-Grâce, âgé de vingt-cinq ans, tempérament lymphatico-nerveux. (Il a rédigé lui-même son observation.)

Antécédents morbides. — Rhumatisme, pneumonie, bronchite, etc.

Antécédents de famille. — Grand-père maternel goutteux ; père rhumatisant et atteint d'affection cardiaque.

Rien du côté du cœur ni des poumons, anémie considérable produite par

plusieurs attaques de rhumatismes, se localisant surtout dans les genoux et plus spécialement dans le genou gauche.

20 mai 1872. — Je souffrais depuis quelques jours de douleurs rhumatismoïdes générales, comme cela m'arrive assez souvent et à chaque variation de temps et de température. Le soir en rentrant chez moi, je me sentais néanmoins plus libre du côté des articulations. Au moment de me mettre au lit, je fus subitement pris par une douleur précordiale angoissante et une sensation de constriction autour du thorax, suivant les insertions du diaphragme. J'eus à peine le temps d'appeler du secours et de tomber sur mon lit.

La dyspnée était atroce, les mouvements cardiaques lents, mais réguliers. La douleur précordiale s'irradiait au bras et à l'épaule gauche. J'avais toute ma connaissance, et il me semblait que j'allais mourir par asphyxie. Les mouvements respiratoires se faisaient bien, mais il me paraissait que les poumons ne pouvaient laisser pénétrer l'air. J'étais couvert d'une sueur froide et visqueuse, les téguments et les extrémités étaient refroidis.

Mon ami, le Dr M..., interne des hôpitaux de Paris, appelé immédiatement, crut reconnaître un peu de frottement péricardique et me fit mettre dix-huit sangsues sur la région précordiale.

Traitement. — Frictions ; potion ; eau de laurier-cerise, six grammes ; inhalations d'éther, etc.

Je souffris ainsi pendant près de deux heures jusqu'à ce qu'une certaine quantité de sang se fut écoulée.

L'accès se termina par une sorte de défaillance pendant laquelle je conservai l'usage complet de mes facultés et pus analyser une sorte de trismus, ainsi qu'un éblouissement accompagné de sensation de vide de cerveau.

Le 21. — Rien de nouveau à constater. Lassitude extrême, engourdissement de l'épaule et du bras gauche.

Traitement. — Deux bouillons, potion calmante ; fomentations sèches aux membres inférieurs, redevenus douloureux.

Le 22. — Visite de M. le professeur Axenfeld. Pour lui, l'affection qui se présentait était purement une névrose, qu'il ne pouvait qualifier, n'en ayant pas vu les manifestations. Il m'ausculta et ne trouva aucune trace de péricardite. Il blâma l'emploi des sangsues et m'engagea à n'user désormais que des dérivatifs moins affaiblissants.

Prescriptions. — Fer, quinquina, etc.

Le 22. — J'entrai au Val-de-Grâce, où M. le professeur Colin me traita d'après cette dernière méthode, en définissant mon affection : troubles nerveux dus à l'anémie rhumatismale.

Je sortis de l'hôpital le 26 juin ; pendant ce laps de temps j'ai éprouvé quelquefois ce que j'appellerai une *aura anguinosa*, caractérisée par une douleur précordiale sourde et un engourdissement, ou de fourmillements dans le bras et l'épaule gauches. Ces symptômes précurseurs cessèrent après l'usage de ventouses, de l'acétate d'ammoniaque, etc.

Le 28. — Deux jours après ma sortie, nouvelle crise, moins forte, mais caractérisée par un amoindrissement de la dyspnée et l'apparition de symptômes cardiaques, d'intermittences, de palpitations. Notons que ce dernier phé-

nomène avait complétement fait défaut dans le premier accès. Séjour à l'hôpital du 28 juin au 4 juillet.

Traitement. — *Ut suprà.* Vésicatoire sur la région précordiale, potion calmante à l'eau de laurier-cerise.

Je suis envoyé en congé ; j'ai chez moi deux petites atteintes insignifiantes, résumées en angoisse précordiale, légère dyspnée, et douleurs caractéristiques du bras et de l'épaule gauches. A mesure que les accès se rapprochent, je constate la prépondérance des troubles cardiaques sur les accidents dyspnéiques et *surtout* l'apparition plus précoce de l'*aura anguinosa.*

Chacune de ces atteintes a coïncidé avec des douleurs rhumatismales plus ou moins fortes, précédant l'accès, et auxquelles il succédait par une sorte de métastase.

28 octobre. — Nouvel accès. Mêmes symptômes que dans les précédents ; seulement la douleur constrictive du sternum est remplacée par un sentiment de strangulation exercée à la gorge et sur les muscles de la région postérieure du cou, douleur traversant la poitrine, comme celle que ferait éprouver un coup d'épée ; accès se terminant par trismus et sentiment de défaillance déjà décrit.

Vomituritions et selles copieuses à la fin des accès.

Du 28 octobre au 10 novembre, séjour à l'hôpital, traitement tonique ordonné par le professeur Colin.

19 novembre. — Depuis deux jours j'éprouvais l'*aura anguinosa,* c'est-à-dire, engourdissement de l'épaule et du bras gauches, palpitations, intermittences dans les contractions cardiaques, assez fortes pour me réveiller dans la nuit.

Je constate, à cette époque, l'apparition d'un nouveau symptôme précurseur, qui a été constante dans les accès suivants et m'en a prédit sûrement l'approche ; j'éprouvais une sorte de *frémissement cataire* s'irradiant dans les deux hypocondres et sensible à la main. C'est une sensation très pénible. Dyspnée moyenne, troubles cardiaques, intermittences, palpitations, sentiment de défaillances plus prononcé.

Traitement. — M. le professeur Villemin me traita par les ferrugineux, le quinquina, le bromure de potassium, l'arsenic (liqueur de Fowler).

Sorti le 17 décembre. — Notons un léger accès dans la nuit du 2 décembre. Même traitement de l'accès que dans les précédents. Vésicatoire sur la région précordiale.

27 janvier. — Depuis quelques jours mes douleurs rhumatismales avaient reparu.

Le 27. — Pendant toute la journée, j'éprouvai l'*aura anguinosa* accompagnée de frémissement cataire.

6 heures du soir. — Je suis pris d'un accès foudroyant, le plus terrible que j'aie jamais essuyé. Dyspnée atroce, troubles cardiaques (intermittences, palpitations), et de plus, de temps en temps, sensation d'un gonflement énorme du cœur, d'un violent effort de cet organe, suivi d'un affaissement brusque simulant une rupture. Eblouissements, défaillance, vomissements bilieux, selles copieuses, énorme refroidissement des extrémités. Pâleur de la face, bouche sèche et pâteuse, soif ardente. C'est l'accès pendant lequel j'ai eu le plus le sentiment d'une fin prochaine.

Transporté à l'hôpital sur un brancard, j'y subis mon accès jusqu'à deux heures du matin, heure à laquelle M. le professeur Colin, appelé par le médecin de garde, vint me prodiguer ses soins.

Prescriptions. — Acétate d'ammoniaque, ventouses sur le dos et la région précordiale, frictions énergiques, boule d'eau chaude. Malgré tous ces soins, je restai plus de deux heures sans me réchauffer. A la fin de l'accès, sueur profuse, réaction fébrile, sensation nerveuse. Cet accès est celui qui m'a laissé les plus longues suites ; j'ai demeuré en effet dix-huit jours à l'hôpital dans un état d'affaissement impossible à décrire.

Traitement. — 27 janvier au 14 février. Tonique, vésicatoires successifs, ventouses, révulsifs successifs à chaque apparition de l'*aura anguinosa.*

Sorti de l'hôpital en congé de convalescence jusqu'au 12 mai. Arrivé dans ma famille, séjour d'un mois et demi au lit par suite de rhumatisme articulaire reprenant une forme aiguë. Pas d'accès pendant cette période de temps, sauf quelques troubles cardiaques précédés d'*aura anguinosa,* mais promptement disparus sous l'influence d'un traitement préventif à chaque apparition de l'*aura.*

Je constate de plus en plus, dans ces accès, la prépondérance des troubles cardiaques sur les accidents dyspnéiques et surtout la continuation du symptôme précurseur, frémissement cataire dans les hypocondres.

Il est à noter que chaque accès est précédé de douleurs rhumastismales, et qu'après chaque manifestation de l'Angine de Poitrine je reste atteint de ces mêmes douleurs pendant dix à douze jours.

24 juillet. — Nouvel accès foudroyant, mêmes symptômes ; seulement après l'accès, je reste un mois à ne pouvoir marcher qu'avec des béquilles. Douleurs rhumatismales se maintenant encore aujourd'hui par intervalles.

Le 25. — Nouvel accès moindre que le précédent.

Le 26. — Nouvel accès, intensité de plus en plus décroissante.

M. Kelsh, professeur agrégé au Val-de-Grâce, m'a traité pendant cette période par le bromure de potassium associé à la belladone. Dans ces derniers accès j'ai éprouvé une sorte de tiraillement sur le péricarde, comme s'il était lié au diaphragme. Cette dernière sensation se maintient encore aujourd'hui et se manifeste au moindre effort, à la moindre émotion. Sorti de l'hôpital le 31 août. Depuis lors, grâce au traitement que je continue, je n'ai plus eu d'accès, j'éprouve seulement de temps à autre quelques symptômes d'*aura*, cédant à l'emploi des révulsifs ; emplâtre de thapsia, teinture d'iode, etc. Dans ces symptômes, prédomine aujourd'hui le tiraillement péricardique dont j'ai parlé plus haut.

OBSERVATION XCI

(Empruntée au travail de M. Huchard. — *Revue de Médecine* 1883)

Angine de Poitrine à frigore. — Accès multiples. — Pas de rhumatisme articulaire. Antécédents arthritiques.

M. C..., âgée de vingt-sept ans, présente des antécédents arthritiques très nets : grand-père maternel ayant eu des accès de coliques hépatiques pendant plusieurs années, suivis d'une obstruction complète et permanente des voies biliaires, à laquelle il finit par succomber, à l'âge de soixante-dix-huit ans ;

grand-père paternel, goutteux et hémorrhoïdaire, mère ayant la gravelle et souffrant fréquemment de coliques néphrétiques ; oncle maternel rhumatisant, mort de phthisie pulmonaire, après des hémoptysies extrêmement abondantes. Elle-même souffre beaucoup de migraines, de douleurs dysménorrhéiques avec hémorrhagies ; elle a eu plusieurs fois des poussées d'urticaire et d'eczéma, et dans son enfance des épistaxis fréquentes, et plusieurs accès de laryngite stridoleuse.

En décembre 1880, en rentrant d'une soirée, à deux heures du matin, elle est saisie, en avant de la poitrine, par un froid assez vif ; elle rentre aussitôt chez elle, et elle n'était pas couchée, qu'elle ressent une violente douleur sous le sternum avec angoisse considérable, crainte et effroi de la mort ; irradiations très douloureuses au cou et aux deux membres supérieurs. On m'envoie chercher et, lorsque j'arrive, l'accès était terminé après avoir duré un quart d'heure, mais non sans avoir laissé sur la physionomie les traces d'une profonde terreur. Pendant quinze jours, les mêmes accès, de moins en moins intenses, se reproduisirent presque toutes les nuits de une heure à quatre heures du matin. Ils disparurent complétement depuis cette époque pour ne plus jamais revenir, et il semble que, dans ce cas, une médication par le salycilate de soude (deux à quatre grammes par jour) n'ait pas été étrangère à l'amélioration rapide obtenue dans l'état de la malade. Il est utile d'ajouter qu'elle ne présentait aucun trouble du côté de l'estomac, ni aucune lésion cardio-aortique.

OBSERVATION XCII

(PERSONNELLE)

Angine de Poitrine compliquant un rhumatisme articulaire aigu

J'ai soigné en 1856, dans un des villages composant la commune de Ruelle-sur-Touvre, où j'étais alors médecin de la Fonderie de canons, une femme de trente-deux ans, atteinte de rhumatisme articulaire aigu très grave. Après avoir envahi plusieurs articulations, le mal disparut soudain, les jointures se dégagèrent, mais en même temps, cette femme vit tout tourner autour d'elle, ses idées s'obscurcirent, se voilèrent ; une rougeur pourprée s'étendit sur tout son visage, la malade paraissait comme en attente d'un évènement grave, d'un danger menaçant son existence. Quelques instants après, elle poussait un cri d'angoisse, portait ses mains sur son cœur, accusant une violente douleur à la région sternale. Il semblait, disait elle, qu'on lui donnait en cet endroit des coups de couteau et elle resta immobile, attérée, n'osant ni respirer, ni parler, ni développer sa poitrine. L'accès dura un quart d'heure, s'apaisa, des gaz s'échappèrent bruyamment de l'estomac, les traits devinrent moins anxieux, la détente se fit, l'accès était terminé.

Témoin de cette scène douloureuse, je me hâtai de demander l'assistance et les conseils éclairés du Dr Bessette, médecin distingué d'Angoulême, et notre diagnostic fût : « Rétrocession du rhumatisme sur le cœur, Endocardite rhumatismale, Angine de Poitrine symptomatique. »

J'avais dès le premier accès, fait une application de sangsues au-dessous du cœur, donné des antispasmodiques et mis des dérivatifs. Nous y ajoutâmes, car nous nous préoccupions surtout de la cause profonde du mal, des préparations

de colchique, digitale et aconit, et les événements nous donnèrent raison ; car notre malade, après avoir eu à nouveau quelques accès, les vit s'éloigner, s'atténuer de plus en plus, et guérit sans conserver vestiges de lésions cardiaques.

3me Forme. — L'Angine de Poitrine compliquant la Goutte ou reconnue comme une des formes viscérales de la goutte.

A peine l'Angine de Poitrine était-elle signalée comme maladie que les anciens auteurs, et surtout les auteurs anglais et allemands, Elsner (1), Schaeffer (2), Schmidt (3), Butter (4), Darvin (5), Stoller (6), Hesse (7), Bergins (8), Malcom-Macqueen (9), Jonhstone (10), Barthez (11), Blackall (12), Hasse (13), Kreysig (14), reconnurent en elle une des formes de la goutte.

Citons les paroles de Schmidt : — *Sæpissimè morbum magnus numerus variorum symptomatum antecedit, quibus evanescentibus morbus ipse ingruit ; quæ haud, luculenter causam suam sœpe produnt et maximam partem ab arthritide anomala deduci possunt. Inter principua horum symptomatum numerari possunt, varia ventriculi incommoda, vitia virium et partium digestioni inserventium, spasmi varii generis, convulsiones, dolores colici et cardialgici dolores in artibus vagi et ipsi insultus podagrici. — Omnia ista symptomata, plerum que ingruente Anginœ Pectoris insultu, vel plane evanescunt, vel magna tamen ex parte, tum numero, tum vehementia, minuuntur.* »

Caron d'Annecy (15) avait signalé également cette sympathie et

(1) Elsner Abhanlung über die Brust braüne Könisberg, 1778).

(2) Schaeffer (Disp. de Anginà Pect. Göttingue 1781).

(3) Schmidt (loc. cit.).

(4) Butter. A treatise on the disease commonly called Ang. Pect. 1796.

(5) Darwin, Zoonomia. — Vol. 14. Page 42.

(6) Stöller. — Loc. cit., p. 115.

(7) Hesse. — Speumon de Ang. Pect. Hallé 1800.

(8) Bergins. — In Abhand f. p. aertzé 10 Bd.

(9) Malcom-Macqueen. — In Lond. med. Journal. T. V. P. 162.

(10) Jonhstone. — Case of. Ang. Pect., Mem. of Med. soc of London T. P. 376.

(11) Barther. — *Traité de mal. Gout.* Paris 1882.

(12) Blackall. — Loc. cit.

(13) Hasse. Anatom. Beschreibung der Krankheiten des respirations, und circulations. Organe Leipzig, 1841.

(14) Kreysig. — Loc. cit.

(15) Caron d'Annecy. — *Journal général de médecine* 1811, p. 645.

disait que comme la Goutte « l'Angor ne se rencontre pas sous le chaume. » Bouchard, Gilbert Blanc (1) ont dit aussi qu'elle était plus commune chez les riches que chez les pauvres, aussi l'a-t-on appelée « *Morbus Dominorum* » et la *maladie des Capitales*. Frank a dit que les sujets qui y sont prédisposés sont principalement des hommes de 40 à 50 ans, ayant le cou court et doués d'un grand embonpoint, surtout lorsqu'ils sont goutteux.

Il est vrai que, par contre, Wichmann (2) dit n'avoir pas vu un seul goutteux parmi les malades qu'il a soignés comme étant atteints d'Angine de Poitrine.

Voici, d'après Lartigue, les caractères particuliers à cette variété : la douleur est moins vive, elle n'éclate pas avec autant de rapidité et disparait moins vite. La mort n'est pas aussi soudaine, aussi foudroyante. Les malades ne succombent en général qu'au bout d'un quart d'heure, d'une demi-heure, et plus, de suffocation.

Tantôt les goutteux offrant cette complication ont en même temps des lésions aortiques, tantôt ils en sont indemnes. Trousseau cite trois observations où les goutteux n'étaient point en même temps cardiaques.

OBSERVATION XCIII

(Trousseau. — Leçons de clinique).

Angine de Poitrine goutteuse sans complications cardiaques

Le 24 juillet de la même année, j'étais consulté par un Sicilien, âgé de quarante-huit ans, grand et vigoureux, dont la famille était vouée à la goutte. Habituellement dyspeptique, dartreux, migraineux, il avait eu, lui aussi en 1858, une violente attaque de goutte au gros orteil qui disparut brusquement avec des sangsues et du colchique. L'année suivante, sa dyspepsie fut plus accusée, et bientôt survinrent des accès d'*Angor Pectoris*, commençant par le bras gauche et remontant rapidement vers le cœur ; crainte d'une fin prochaine, accès reparaissant fréquemment au moindre effort.

Trousseau l'engagea à respecter sa goutte, si jamais elle apparaissait de nouveau et lui conseilla, comme aux goutteux, une grande régularité, de la sobriété dans le régime, de l'exercice, réservant un traitement approprié à l'époque où les accès se reproduiraient. *Il n'y avait rien d'anormal au cœur ni aux gros vaisseaux.*

(1) Gilbert Blanc. — Select. dissert. — On several subjects of médical sciences. London 1822.

(2) Wichmann. — Ueber Ang. Pect. Ideen zur diagnostic Harnnover 1801 p. 431.

OBSERVATION XCIV

(Trousseau. — Opere citato)

Angine de Poitrine goutteuse sans complications cardiaques.

Dix jours auparavant, le 14 juillet, j'avais reçu dans mon cabinet une dame de cinquante-cinq ans qui, depuis sept à huit ans, avait eu quelques attaques de goutte. En 1862, elle avait éprouvé ses premiers accès d'Angine de Poitrine, la douleur prenant d'abord dans les deux épaules, se propageait rapidement à la langue, au cou, au bras et à la poitrine. Le plus petit mouvement, une émotion, la réveillaient ; l'accès durait rarement une, deux ou trois minutes et se terminait plus rapidement quand il survenait de la transpiration. Rien au cœur ni aux gros vaisseaux.

OBSERVATION XCV

(résumée)

(Trousseau. — P. 447)

Angine de Poitrine chez une jeune femme goutteuse, sans lésions cardio-aortiques.

Une jeune dame de vingt-deux ans, était petite-fille de goutteux et fille d'une mère horriblement névralgique. Depuis l'âge de seize ans elle avait eu à souffrir d'accès d'*Angor Pectoris*. Pendant quatre ans ce n'étaient que des palpitations accompagnées d'un engourdissement non douloureux dans le bras gauche, qui la forçait de lâcher ce qu'elle tenait à la main. Ces accidents survenaient aussitôt qu'elle se donnait plus de mouvement qu'à l'habitude, et chez elle, il n'y avait aucun signe révélateur de lésions cardiaques ou vasculaires.

Quelquefois la mort survient sans que ces complications paraissent exister. Ainsi, M. le Dr Liégeois, dans son mémoire, fait l'histoire d'un sujet où la maladie, simple en apparence, eut cette triste conséquence.

OBSERVATION XCVI

(Ch. Liégeois. — Loc. cit., p. 271)

Angine de Poitrine mortelle chez un goutteux paraissant indemne de toute lésion aortique

Le 17 juillet 1882, j'ai l'honneur d'être appelé en consultation avec M. le professeur H..., par MM. les docteurs B..., M... et J..., près de M. E..,, banquier à M..., âgé de soixante-deux ans.

M. E... est le fils de ses œuvres ; sorti d'une médiocre situation, il s'est élevé par un labeur incessant à la haute fortune dont il jouit aujourd'hui ; c'est un *travailleur* dans la plus large acception du mot. Comme maladie, c'est du moins la déclaration de MM. les docteurs B... et M..., ses deux médecins habituels, il n'a jamais eu que des accès de goutte. Ces Messieurs déclarent qu'il ne s'est jamais plaint du cœur, qu'ils ont soigneusement ausculté à diverses reprises cet organe et qu'ils l'ont toujours reconnu sain.

Les trois fils de M. E... et sa fille, sont bien portants.

Le 14 juillet 1882, M. E... arrivait à Paris pour se renseigner sur une affaire véreuse ; il apprit qu'il avait été dupe de manœuvres malhonnêtes et qu'il perdrait quelque argent. Il entra dans une violente colère et vint se reposer dans un hôtel. Là, il fut pris brusquement d'une douleur déchirante au-dessous du sternum, n'eut pas même la force de tirer la sonnette qui était près du lit pour appeler à son secours ; il crut qu'il allait mourir. La douleur précordiale, irradiée au cou et à l'épaule gauche, dura près d'un quart d'heure.

Quand l'accès fut passé, M. E... fit chercher un médecin qui diagnostiqua un accès d'Angine de Poitrine et autorisa le malade à revenir à M... où il arriva dans la soirée du 15 juillet.

A peine rentré chez lui, il éprouva un nouvel accès beaucoup plus douloureux que le premier et suivi de congestion pulmonaire double. MM. les docteurs B... M... et J... décidèrent de pratiquer une injection de morphine qui procura un peu de calme. Ils procédèrent très attentivement à l'examen du cœur et de l'aorte qu'ils reconnurent indemnes ; la radiale, du reste, n'était pas athéromateuse.

Dans la nuit du 15 au 16, M. E... eut trois accès des plus terribles ; nos confrères ne quittèrent point son chevet, mettant en œuvre injection de morphine, sinapisation, pointes de feu sur la région précordiale avec le thermo-cautère, inhalations anesthésiques de tous genres.

Le 16, dans la journée, trois accès ; le malade devient intraitable, prétendant que les procédés mis en usage sont aussi pénibles que le paroxysme lui-même.

Le 17, à deux heures de l'après-midi, nous assistons au rendez-vous pris avec le professeur H... ; un accès assez léger toutefois a précédé notre visite. M. E.., est assis sur son lit respirant avec une très grande difficulté. Les sommets des poumons résonnent comme des tambours à la percussion, notamment le sommet gauche (emphysème pulmonaire aigu de Tuczek et de L. Krédel), les deux bases donnent à l'auscultation une véritable orchestration, constituée par des ronchus, des sibilances, des râles sous-crépitants ; les battements du cœur sont précipités, incomptables, mais on ne perçoit pas de bruits anormaux ; les membres inférieurs sont œdématiés à pleine peau jusqu'à l'origine des cuisses.

Il est convenu d'un commun accord et en tenant grand compte des conseils formulés dans une lettre par M. Maurice Perrin, parent ou ami du malade, que M. E... sera soutenu à l'aide d'une potion à l'extrait de quinquina et de cognac, qu'il prendra de la tisane d'uva ursi additionnée de liqueur ammoniacale anisée et qu'on le soumettra, au moindre signe d'angine ou étouffement, aux inhalations d'iodure d'Ethyle.

Nous étions persuadés, il faut bien le dire, que le malade ne pouvait aller loin. Nous le quittions à trois heures ; à quatre heures, en effet, il succombait très rapidement à un nouvel accès d'une intensité extraordinaire.

Voici encore une observation d'*Angor* chez un goutteux, qui a été suivie également de mort quoique le sujet n'ait présenté aucune altération cardio-aortique, du moins diagnostiquée pendant la vie.

OBSERVATION XCVII

(INÉDITE)

(Communiquée par le Dr Raillard, directeur de l'Établissement des Baignots de Dax)

Angine de Poitrine chez un goutteux exempt de lésions cardiaques, alternant manifestement avec des manifestations articulaires ou viscérales, accès durant neuf ans et terminés par la mort.

M. M... de Bordeaux, rentier, nervoso-sanguin, né de parents âgés, et tous goutteux des deux côtés, ne commettant aucun excès de tabac, de vin, ni de liqueurs, a eu les premières atteintes de la goutte au retour de la campagne de 1870-1871. Une douleur atroce, térébrante, survenait d'abord au gros orteil, puis elle diminuait en faisant place au gonflement. Le mal se bornait là pendant la première année, mais dans la seconde et la troisième il attaqua les doigts, et bientôt toutes les articulations y passèrent à leur tour ; M. M... eut des coliques néphrétiques, suivies bientôt d'expulsion de calculs, de l'anorexie, puis une inappétence complète, de la gastralgie, puis survinrent des attaques de glossite goutteuse, symptôme très rare de cette diathèse. La langue devenait subitement douloureuse et se tuméfiait à vue d'œil, son volume devenait tel, que la bouche ne pouvait la contenir et qu'elle ressortait entre les dents. Les articulations, malgré tous les traitements qu'on mit en usage, se déformèrent, les mains, les pieds, et les jambes elles-mêmes se contractèrent; en un mot, ce malheureux présenta le type le plus complet d'une podagre invétérée qui, si elle se montre parfois dans le Nord, est heureusement très rare dans le Midi.

Bientôt des accès d'*Angor Pectoris* vinrent compliquer la scène. Ils étaient excessivement violents, à croire que le malade allait mourir, et très fréquents, car les docteurs Péry et Vergely, de Bordeaux, qui le soignaient, en ont compté jusqu'à cinquante dans les vingt-quatre heures. Pendant leur durée, le malade jouissait de quelque repos du côté de ses articulations. Les docteurs précédemment appelés, et M. Raillard lui-même, l'auscultèrent bien des fois et ne trouvèrent aucune lésion, ni du côté des valvules, ni du côté du cœur. Le malade, épuisé par tant de souffrances, présentait bien un peu de souffle chlorotique, mais nullement des bruits de souffles organiques.

Ce malheureux devint profondément névropathique ; le moindre mouvement, le plus léger bruit, l'arrivée d'une personne dans sa chambre, l'ouverture d'une porte, faisaient reparaître les accès, et ce supplice dura neuf ans ! Pendant huit années, il ne quitta pas sa chambre, ne pouvant pas même se coucher ; il avait cependant des intervalles de repos. Parfois l'Angine de Poitrine disparaissait, et il avait alors des spasmes du pharynx et de l'estomac, il lui devenait impossible de manger et même d'avaler une goutte de liquide.

On comprend que cet infortuné ait désespéré d'un art qui ne lui avait pas apporté le plus petit soulagement, il mourut de faim et d'épuisement sans avoir le moindre œdème aux pieds ou aux malléoles, ce qui se serait présenté s'il y avait eu chez lui quelques complications cardiaques, après avoir offert le type le plus complet du martyrologe d'un goutteux.

On remarquera que dans cette observation les accès d'*Angor* alternaient manifestement avec les accès de goutte. M. Raillard en avait été frappé, aussi n'hésite-t-il point à voir dans ce cas un Angor métastatique d'origine goutteuse.

Si dans l'observation précédente, le malade de M. Liégeois avait eu pendant ou peu avant son premier accès d'*Angor* une attaque de goutte, la rétrocession eût été reconnue par tout le monde et sans conteste; mais cette manière de considérer le mal n'en sera pas moins acceptée par les médecins qui croient à l'affinité extrême de ces deux affections.

L'observation suivante due à M. Vergely, de Bordeaux, est un exemple attestant encore que l'Angine de Poitrine est parfois un accident métastatique de la Goutte.

OBSERVATION XCVIII

(Dr Vergely) (1)

Accès d'Angine de Poitrine chez un malade goutteux.

J'ai vu, chez un homme de quarante ans, qui s'était soumis avec une rigueur extrême au régime du lait pour faire disparaître les attaques de goutte qui avaient frappé ses articulations, apparaître des accès d'Angine de Poitrine formidables. Le malade comparait à un coup de poignard qui l'aurait atteint au niveau de la deuxième pièce du sternum, l'affreuse douleur qu'il éprouvait. Il se dressait brusquement quand l'accès survenait, poussait un petit cri, ses pupilles se dilataient, la face devenait pâle et se couvrait de sueur. Mon confrère, M. le docteur Raillard, qui a eu l'occasion de voir le malade dans un de ses accès, pensa qu'il ne résisterait pas à des attaques répétées. Pendant deux ans, elles survinrent atroces, rebelles à tout traitement, menaçant la vie du malade par l'affaiblissement dans lequel elles l'avaient jeté, puis survint un érythème du voile du palais, du pharynx, des spasmes œsophagiens, des douleurs articulaires, et l'Angine de Poitrine disparut pour ne plus revenir. Des tophus se montrant de divers côtés témoignaient cependant de l'envahissement urique et une alimentation azotée qui avait remplacé le régime lacté fournissait d'abondants matériaux à la formation d'acide urique.

OBSERVATION XCXIX

(Malcom-Macqueen. — Loc. cit., t. V, p. 162)

Angine de Poitrine métastatique chez un goutteux.

Un homme de soixante ans, accoutumé à la bonne chère, avait eu pendant

(1) Vergely. — De l'Angine de Poitrine dans ses rapports avec le diabète. Mém. présenté à l'Académie de Médecine, le 22 mars 1881. *Gaz. Hebd. de Med. et de Chir.*, n° 22, 1er juin 1883, p. 368.

plusieurs années, des accès de goutte régulière aux pieds ; depuis six mois, tandis que les pieds étaient légèrement affectés, il avait éprouvé une faiblesse générale et des vertiges qui revenaient fréquemment ; s'étant adressé à son apothicaire, celui-ci l'avait soigné et lui avait ouvert un cautère au bras gauche. Bientôt après, la goutte abandonna les extrémités inférieures et le malade ressentit une première attaque de constriction en travers de la région précordiale. Cette dernière maladie reparut sous la forme d'accès courts et légers, qui augmentèrent peu à peu d'intensité. Depuis qu'ils se sont manifestés, le malade a été exempt de toute affection goutteuse. On ordonna un régime qui amena un soulagement passager. Mais, quelques jours après, le malade fut saisi pendant la nuit par un paroxysme violent qui dura presque sans interruption pendant vingt-quatre heures. Une demi-once de teinture fétide volatile et un peu d'Elixir parégorique firent cesser l'attaque d'une manière presque soudaine. La nuit suivante, la goutte parut au pied droit. L'accès, très douloureux, dura fort longtemps, car le malade fut retenu chez lui pendant plus de trois mois, pendant lesquels il n'eût pas la plus légère sensation de la douleur avec resserrement de la poitrine.

Ajoutons, enfin, que d'après Johnston (1), la métastase contraire eut lieu chez le ministre Grégory, qu'un léger accès de goutte débarrassa d'une assez violente attaque d'Angine de Poitrine. En voici une nouvelle démonstration.

OBSERVATION C

(Résumée. — Dr Lécorché) (2)

Angine de Poitrine disparaissant pour faire place à un accès de goutte articulaire

M..., âgé de cinquante et un ans, ouvrier typographe, entra en février 1878 à la maison Dubois. Jusqu'à quarante ans il s'était assez bien porté, mais à partir de cette époque, il eût à souffrir de plusieurs maladies.

Il eût d'abord des accès de Névralgies assez violentes, principalement la première, ayant pour siège la région précordiale et considérés par le médecin traitant, comme des accès d'Angine de Poitrine. Les douleurs apparaissaient soudainement en cet endroit ; de là, elles s'irradiaient dans le membre supérieur gauche, sans cependant descendre jusqu'aux doigts, se reproduisaient par accès rapides et espacés par des intervalles de deux ou trois jours ; elles empêchaient le malade de marcher ou bien l'accès devenait plus fort.

Quelques mois après, le malade eût à souffrir de deux attaques de Coliques Néphrétiques qui se terminèrent par l'expulsion de plusieurs graviers.

Dans l'intervalle de ces manifestations, le malade jouissait d'une bonne santé, et après sa première attaque néphrétique, il passa plusieurs années paisiblement.

---

(1) Johnston. — Loc. cit., p. 371.

(2) Lécorché — Traité théorique et pratique de la Goutte. Paris 1884, p. 296-97.

Mais en janvier 1878 survint une nouvelle crise d'*Angor* qui dura vingt-quatre heures et se termina par une attaque de goutte au pied gauche fort douloureuse et accompagnée de gonflement ; dès que la goutte apparut l'*Angor* s'évanouit.

A la même époque, apparut aussi une certaine gêne respiratoire qui ne manquait pas d'augmenter le soir de neuf à dix heures, on remarqua en même temps les râles significatifs de la bronchite, mais on ne trouva point de lésion véritable ou apparente du cœur, ni de l'aorte.

Pour peu que les accès d'*Angor* se multiplient chez un goutteux, le cœur incessamment tourmenté finit par présenter des altérations de structure plus ou moins appréciables. L'état athéromateux qu'on observe si souvent chez une certaine classe de goutteux et que nous verrons jouer un rôle considérable quand nous étudierons l'Angine de Poitrine de causes organiques, favorise également les assauts de la maladie, de telle sorte que le myocarde, battu si fortement en brèche, n'a pas le temps et le pouvoir de se remettre de tant de secousses ; il finit par ne recouvrer ni son ancienne vigueur, ni son jeu libre et large d'autrefois ; les attérations organiques surviennent, la goutte sollicite l'*Angor*, les lésions cardio-aortiques l'appellent aussi de leur côté, et cette double influence précipite l'acte final.

On sait que la maladie Hémorrhoïdaire (Beau), ou l'État hémorrhoïdaire est, avec l'asthme, la migraine et bien d'autres Névroses, une des manifestations de la goutte ; d'autre part, nous venons de démontrer quelles relations étroites existent entre la goutte et l'*Angor* ; on ne s'étonnera donc pas que l'Angine de Poitrine survienne assez fréquemment chez les hémorrhoïdaires.

En voici un exemple :

OBSERVATION C

(J. Frank. — Loc. cit., t. IV, p. 459)

État hémorrhoïdal. — Angine de Poitrine.

J'ai observé en 1804, sur un général russe, le comte de Bennigsen, alors âgé de plus de soixante ans, les principaux symptômes de l'Angine de Poitrine. Toutefois, comme les paroxysmes revenaient à de longs intervalles, qu'il n'y avait aucun indice d'affection goutteuse et que la crise avait lieu par une épistaxis, j'ai été porté à regarder la maladie comme le résultat d'un *vice hémorrhoïdal*, et je me suis abstenu d'établir un pronostic funeste. Cet homme recommandable vit encore aujourd'hui.

Frank en est d'autant plus convaincu qu'il a observé que l'application des sangsues à l'anus était toujours suivie d'un grand soulagement.

B. — Angine de Poitrine Syphilitique

1° La *Syphilis* ancienne, cette diathèse si souvent silencieuse, si difficile parfois à reconnaître, si rebelle à combattre et qui de nos jours tend à revêtir de plus en plus une influence latente et mystérieuse comme si, le plus souvent, elle n'avait plus la force ou l'audace de se montrer à visage découvert, justifiant bien ainsi son vieux nom de maladie honteuse, la Syphilis, dis-je, ne peut-elle pas retentir sur l'organe central de la circulation et donner lieu à des accès d'Angine de Poitrine ? Nous le croyons, bien que les auteurs soient presque muets sur ce point et qu'il soit bien avéré, que l'influence nocive de cette diathèse retentit sur le cerveau et les autres organes plus souvent que sur le cœur.

Cependant le Dr Roussy cite dans sa thèse l'observation d'un chanteur, qui, sous l'influence de la Syphilis, avait eu des accès d'Épilepsie. - Il en avait guéri, mais cinq ans après il eut un accès de Sternalgie qui, en quelques heures, mit fin à ses jours. — Le virus vénérien, dans cette circonstance, s'était détourné du cerveau ou de ses membranes puisque les accès du mal comitial avaient disparu, et s'était sans doute reporté sur le cœur dont il a déterminé les convulsions.

Nous avons trouvé dans la clinique de Trousseau une observation où sans doute l'influence de la Syphilis sur le développement de l'Angor n'est pas absolument démontrée, mais où elle est cependant très probable. Nous la citons ici parce qu'elle nous semble un jalon à poser et un point à éclaircir dans l'histoire si vaste et si imparfaitement connue encore de l'Angine de Poitrine.

OBSERVATION CI

(Trousseau. — Clinique médicale)

Sciatique spécifique, remplacée plus tard par un *Angor Pectoris*

Un homme de quarante-cinq ans, paraissant bien constitué et bien portant, n'offrant au cœur aucune altération, avait eu quinze ans auparavant la vérole ; il en guérit, mais plus tard survint une sciatique rebelle démontrant bien que l'action du virus syphilitique n'était pas encore éteinte, car pour en triompher on fut obligé de recourir à l'iodure de potassium.

La sciatique disparut pour faire place à de l'Angine de Poitrine. Cet homme en était atteint depuis un an, quand il se confia à Trousseau. Les paroxysmes étaient très violents et reparaissaient avec la marche, pour peu que le chemin s'élevât.

Chez cet homme, outre le cortège symptomatique ordinaire, la douleur s'irradiait dans les deux bras, remarque dont on n'avait pas eu d'exemple jusqu'alors et dont je citerai un second cas dans le chapitre traitant des Angines de Poitrine dépendant de la dégénérescence graisseuse du cœur, tant il est vrai que dans l'histoire de cette maladie on fera sans cesse de nombreuses découvertes ; les travaux de MM. Beau, Lancereaux, Péter, Huchard, Marie, Roussy et de tant d'autres, parus depuis une quinzaine d'années, le démontrent bien.

L'investigation la plus minutieuse ne fit rien trouver d'anormal à Trousseau dans les organes de la cavité thoracique ; aussi rangea-t-il ce cas particulier parmi les Angines de Poitrine essentielles. Du reste, le médecin de l'Hôtel-Dieu admettait que l'*Angor Pectoris*, même dans sa forme la plus véhémente, peut n'être pas l'expression d'une lésion organique et rattachait volontiers cette maladie aux Névralgies essentielles. — Cette autorité a certes bien sa valeur et devient un appui pour cette opinion que nous soutiendrons plus loin — quand nous traiterons de la Pathogénie de l'Angor — qu'il y a un *Angor essentiel* et *purement Névralgique*.

Mais, relativement à l'observation précitée, il me semble que le grand clinicien aurait pu la ranger avec plus de raison sous la dépendance de la Syphilis qui, après avoir retenti une première fois sur le nerf sciatique, pouvait fort bien, la sciatique disparue, donner lieu à une autre névralgie, celle du Plexus cardiaque, c'est-à-dire à l'Angor Pectoris.

Nous avons recueilli dans le mémoire du Dr Gauthier, un exemple incontestable d'*Angor*, d'origine syphilitique.

OBSERVATION CII

(Dr Gauthier. — Mém. cité, p. 48)

Angine de Poitrine chez un névropathe syphilitique.

Un de nos malades, névropathe, d'origine arthritique eût, il y a huit ans, à l'âge de vingt-deux ans, un chancre induré, et présente aujourd'hui une destruction partielle de la portion postérieure de la cloison des fosses nasales. L'inflammation spécifique naso-pharyngienne s'est propagée à l'oreille moyenne

par les trompes d'Eustache qui se sont obstruées. et il en est résulté une surdité très notable. Eh bien ! ce malade, chez lequel, du reste, il est impossible de constater à l'auscultation aucune lésion cardio-vasculaire, présente de temps en temps des symptômes bien caractérisés d'Angine de Poitrine ; chez lui, l'accès cardialgique ne réveille pas d'irradiations auriculaires, mais l'explosion de l'accès coïncide toujours avec une augmentation de la surdité. Il est possible que le rameau d'Arnold participant à l'irritation des organes de l'ouïe soit le point de départ de la crise. Ceci, bien entendu, n'est qu'une hypothèse, mais une hypothèse d'autant plus admissible qu'elle se rapprocherait de la théorie qui rattache l'Angine de Poitrine à une névrite du pneumo-gastrique. Ici, ce ne serait plus une névrite du plexus cardiaque (Lancereaux, Péter), mais une névrite d'une autre portion du nerf vague ; celle du rameau d'Arnold et les phénomènes cardialgiques ne seraient que le retentissement de la névrite de ce rameau sur le plexus cardiaque. Il y aurait là, quelque chose d'analogue au vertige de Ménière, qui s'accompagne assez souvent d'angoisse précordiale.

M. Gauthier a trouvé sur 172 cas d'Angine de Poitrine six observations où la Syphilis avait pu jouer un rôle.

Plusieurs observations de Ricord, Hebert, Virchow, Gubler et Fournier, montrent que cette diathèse produit sur le cœur et ses annexes un processus morbide analogue à celui qu'elle exerce sur les autres tissus, et alors les désordres déterminés par l'endartérite syphilitique peuvent être considérables et déterminer l'*Angor* et sa terminaison fatale, ou bien ils sont légers et passagers et ils ne produisent dans ce dernier cas qu'un *Angor* passager et non mortel.

A ces autorités on peut aussi joindre l'affirmation de Plancus (1), Morgagni (2), Meissner (3), Lancereaux (4), Massalongo (5), qui ont trouvé chez les syphilitiques des lésions athéromateuses de l'aorte. Leur jeunesse semblerait, croirait-on, devoir les en préserver, mais en réalité ce sont, eux aussi, de jeunes vieillards usés, et la preuve c'est qu'on observe chez eux le *cercle sénile* de la cornée que chez des sujets sains, on ne rencontre qu'à un âge avancé. — Souvent même leur aorte est non seulement athéromateuse, mais elle se dilate et s'allonge en cul-de-sac anévrysmal.

---

(1) Plancus. — Epistola de monstris citata in Morgagni. *Epist. anat. Méd.*, XXVII, art. 30.

(2) Morgagni. — Loc. cit., épis. LVIII

(3) Meissner, Schmidt's, Jahr, 1863.

(4) Lancereaux. — Traité de la Syphilis. Paris 1874, p. 308.

(5) Massalongo. — Loc. cit., p. 551.

Il serait à désirer que de nouvelles observations vinssent s'ajouter à celles-là et que l'attention des médecins éminents qui s'occupent en France de syphiliographie, se portât sur ce point un peu obscur de l'histoire de l'Angine de Poitrine afin de démontrer plus ostensiblement encore que ce syndrôme peut être considéré comme une des conséquences de la syphilis. Nous faisons des vœux pour que cette étude devienne l'objet de l'attention de l'un d'entre eux.

C. — Angine de Poitrine Herpétique

Encore une diathèse qui ne semble avoir qu'une affinité bien lointaine, bien obscure, avec l'Angine de Poitrine. — Il existe peu de faits qui la démontrent nettement et ce n'est guère que l'analogie qui nous guide et nous porte à croire que cette sympathie peut et doit exister. S'il est vrai que la disparition d'une hémorrhagie habituelle, d'un flux hémorrhoïdaire, comme Schmidt en donne un exemple (1), d'un ancien écoulement, d'un ulcère chronique, d'un exutoire, de la sueur des pieds, d'un flux articulaire rhumatismal ou goutteux peut faire éclater l'Angine de Poitrine, il est permis de penser qu'à *fortiori* la suppression d'un Favus, d'un Impetigo, d'un exanthème quelconque peut l'occasionner aussi. Du reste quelques auteurs sont affirmatifs en ce sens : Horst (2) a vu chez un de ses malades un impetigo suivre un accès d'*Angor*. — L'*Eczémateux*, dit M. Vulpian (3), celui chez lequel la diathèse a atteint toute sa puissance, peut être tourmenté sans relâche, pendant de longues années, pendant toute sa vie même par des affections diverses qui se succèdent ou se compliquent et, parmi ces affections, M. Vulpian cite l'Angine de Poitrine ; il a, dit-il, « vu des cas où ses symptômes paraissaient bien n'être que des manifestations de la *Diathèse Eczémateuse*.

Cela s'explique bien si on partage, à l'égard de l'Herpétisme, la même opinion que M. Huchard (4) qui ne voit dans cette diathèse qu'une branche collatérale, qu'une dépendance de l'Arthritis. — M. Vulpian reconnaît aussi que, dans certaines circonstances, la diathèse eczémateuse présente des manifestations arthritiques et si on se

(1) Schmidt. — Loc. citat.

(2) Horst. — *in Hufeland's Journal*, 1815, p. 99.

(3) Vulpian. — Clin. méd. de la Charité, loc. cit., p. 83.

(4) H. Huchard. — Loc. cit., p. 84.

rappelle que les sujets atteints de dermatoses se plaignent souvent de douleurs articulaires à siège variable, qui ne sont jamais aussi accusées que lorsque les éruptions cutanées s'affaiblissent ou tendent à disparaître, on en déduira qu'il existe réellement une affinité extrême entre ces deux diathèses et qu'elles ne sont que les deux branches d'un même arbre.

Pidoux n'admet-il pas, à l'encontre de Hardy et Bazin (pour qui l'herpétisme est une diathèse mère), que c'est plutôt la résultante d'un produit secondaire de la Scrofule, de la Syphilis et de l'Arthritis incomplétement évoluées mais intimement unies ayant, en un mot, fait acte de fusion chez le même individu? Pour nous, nous croyons que là est, en effet, la vérité.

M. Liégeois (Mémoire couronné, p. 277) fait la relation d'un cas qui lui a paru être une Angine de Poitrine Hybride, liée tout autant à l'arthritis qu'à l'herpétis, la malade paraissant être en possession de l'une et de l'autre diathèse.

OBSERVATION CIII

(Ch. Liégeois)

Femme Arthritique et Herpétique. — Accès d'Angine de Poitrine.

Mme L..., femme d'un sous-chef de section à la Compagnie des chemins de fer de l'Est, est âgée de trente-sept ans. Fille d'un père rhumatisant, elle est atteinte elle-même de douleurs rhumatismales erratiques, *elle fait les temps*, comme elle dit : en outre, elle a beaucoup d'embonpoint, de l'obésité tout au moins abdominale, le cou court, le teint très coloré, parfois violet. Elle était réglée autrefois très abondamment. Tout ceci relève de l'arthritis.

Or, cette femme, dans les premiers jours de janvier 1883, a été prise d'un eczéma aigu généralisé qui n'a guéri qu'après trois mois de l'usage interne de l'acide arsénieux ou de l'arséniate de soude et de bains d'amidon, suivis d'onctions avec la glycérine ou le sublimé pour la tête, d'onctions avec le glycérolé à l'oxyde de zinc pour les membres.

Les caractères de l'eczéma, le succès obtenu par l'arsenic, paraissent démontrer que la dermatose se rattache à l'herpétis ; cependant, je le répète, cette femme a tous les attributs extérieurs et certains, tous les attributs morbides de l'arthritis.

Pour en revenir à l'Angine de Poitrine, je dois dire qu'en 1881, Mme L..., dont j'ai scruté tous les antécédents, a éprouvé au milieu d'une nuit d'été, coïncidant avec une digestion pénible, une sensation de griffe derrière le sternum, avec douleur, crainte de mourir, anhélation, fourmillements dans les doigts de la main gauche, tous accidents qui durèrent bien une heure et qui n'ont jamais reparu. J'ai ausculté à plusieurs reprises le cœur qui n'offrait rien d'anormal.

D. — Angine de Poitrine Diabétique

Parmi les auteurs qui ont signalé l'*Angor Pectoris* comme un des accidents du Diabète, nous compterons d'abord Trousseau, puis Seegen (1) et enfin M. Vergely qui a complétement élucidé cette question (2).

Voici l'observation de Trousseau où le Diabète coïncide avec l'Angine de Poitrine. T. II., Cl. méd., p. 442.

OBSERVATION CIV
(RÉSUMÉE)

Glycosurique atteint d'Angine de Poitrine.

Il s'agit d'un homme de soixante ans, fils d'un père asthmatique, présentant lui-même les caractères d'un tempérament goutteux. Il était affecté depuis six ans de diabète sucré. Peu de jours après l'apparition de sa glycosurie, il fut atteint d'Angine de Poitrine, mais avec quelques symptômes assez insolites. C'était la nuit, vers une heure du matin, que se montraient les accès, sans être occasionnés par une mauvaise digestion ou par des rêves pénibles. La douleur se manifestait très vive dans les muscles du bras gauche et de là s'irradiait dans la poitrine, un peu au-dessus du cœur ; l'accès augmentait pendant une heure ou deux et décroissait ensuite lentement pour se terminer à l'autre. Ces accès se représentaient pendant plusieurs jours de suite ; une période de tranquillité de plusieurs semaines leur succédait parfois, puis ils reparaissaient. Pendant leur durée, le malade pouvait faire des inspirations profondes, il n'avait point de menaces de suffocation. Et cependant il ne pouvait ni gravir un plan incliné, ni monter un peu vite un escalier sans être obligé de s'arrêter pour s'asseoir, autrement il serait tombé. Le cœur et les gros vaisseaux examinés avec le plus grand soin n'offrirent aucun phénomène anormal.

OBSERVATION CV
(Dr VERGELY, de Bordeaux)

Angine de Poitrine Diabétique

La première fois que mon attention fut éveillée sur ce point, ce fut chez un malade âgé de cinquante-deux ans, dont j'avais reconnu le diabète en 1875, parce qu'il présentait une polydypsie et une polyurie des plus manifestes.

C'est un homme d'une vigoureuse constitution, d'une haute stature, et qui pèse cent dix-huit kilogrammes. Dès que je fus mis sur la voie de son mal par

(1) Seegen. — Des diabètes mellitus. Berlin 1875.

(2) Vergely. — Op. citat., p. 334-369.

les symptômes caractéristiques que j'indiquais tout à l'heure, je le soumis au traitement approprié : marche forcée, alimentation mixte, sucre et féculents en très petite quantité, cure aux eaux de Vichy. Sous l'influence de ce traitement, la soif, la polyurie diminuèrent ; le poids diminua lentement ; l'énergie, les forces revinrent en partie. M. X... reprit son apparence habituelle de vigueur, et il ne réclama mes soins qu'à des intervalles très éloignés.

Dans les premiers jours du mois de novembre 1878, il assistait, dans une grande salle non chauffée, mal close, à une vente publique, lorqu'il fut saisi d'une violente douleur sternale avec l'impression de griffes de fer qui lui étreignaient la poitrine; elle suspendit sa respiration, le cloua sur place et le mit pendant deux minutes dans l'impossibilité de remuer.

L'accès passé, il regagna son domicile, se sentant tout brisé et chancelant. Le lendemain, nouvel accès de douleur ayant le même point de départ, et se propageant dans le petit doigt gauche. Il eut ainsi douze accès, chacun suivi d'un sentiment de fatigue extrême et d'une moiteur générale.

C'est alors que je fus appelé auprès de M. X... Je lui trouvais le faciès très altéré, les yeux cernés, les traits tirés, la face pâle. Le malade me raconte les douleurs qu'il a éprouvées, leur violence, qui est telle, qu'il succombera si elles se renouvellent. La femme du malade me fait le même récit, en me retraçant les angoisses éprouvées par son mari, l'accablement, la sueur qui s'emparaient de lui à la fin de l'accès. Cette douleur a pour siège les premières pièces du sternum, la région sus-mamellaire gauche ; de là elle s'étend à l'épaule gauche, le long du bras et de l'avant-bras, jusqu'au petit doigt : griffes de fer, constriction atroce du thorax, rapidité foudroyante de l'attaque, sentiment d'une fin prochaine, rien ne manque au tableau. Cette vivacité de la douleur cède bien vite ; mais M. X... garde en permanence une sensation de meurtrissure, d'endolorissement, qui occupe tout le côté gauche de la poitrine et la partie supérieure du thorax des deux côtés.

L'examen de la région douloureuse ne révèle rien de particulier à l'œil nu. A la pression, les espaces intercostaux sont un peu sensibles. En suivant le trajet des phréniques, en comprimant le rebord des fausses-côtes près de l'épine sternale, on ne détermine pas de douleur. Rien aux apophyses épineuses. Le pouls est régulier à quatre-vingt-seize. Le cœur soulève avec force la paroi thoracique. La percussion de cet organe donne une matité verticale de onze centimètres et une matité transversale de douze centimètres. Le premier bruit est mal frappé, affaibli, de sorte que le petit silence a à peu près disparu. Ce prolongement du premier bruit est surtout marqué au niveau de l'orifice pulmonaire. L'état des poumons est normal ; les fonctions digestives s'opèrent bien. L'examen des urines, quelques jours avant, avait donné douze grammes de sucre par litre.

Je prescris du bromure de potassium à doses croissantes jusqu'à huit grammes par jour ; les douleurs s'amendent un peu, puis elles reviennent avec leur intensité première.

Le 31 décembre, vingt-cinq grammes d'eau-de-vie allemande amènent un nouvel amendement de quarante-huit heures.

Le 2 janvier 1879, il a eu des douleurs depuis neuf heures du soir jusqu'au matin. Elles avaient pour point de départ le sternum, l'épigastre, le moignon

de l'épaule, le creux de l'aisselle. Ces douleurs sont très vives et le jettent dans un profond accablement. Il remarque que ces douleurs reviennent à peu près exactement vers neuf heures du soir. — Je prescris huit pilules par jour, contenant chacune : sulfate de quinine, dix centigrammes ; opium brut, un centigramme.

Dans la nuit du 2, accès moins fort ; durée, une heure. Dans la journée du 3, accès de trois quarts d'heure moins fort que le précédent.

La nuit il a pu goûter un peu de repos ; il est fatigué, abattu ; il n'a plus d'appétit.

5 janvier. — Dans la journée du 4, il n'a eu que de petits accès ; mais dans la nuit du 4 au 5 il a eu un accès très douloureux ; pouls à quatre-vingt-douze. Le cœur et les poumons sont toujours dans le même état.

Dans la nuit du 5 au 6, petite douleur sternale. Injection de quatre milligrammes de morphine. Deux heures après, éclate un violent accès qui dure jusqu'à minuit. — Vésicatoire à la région sternale.

Le 7, un petit accès limité au bras gauche ; pouls à cent douze. — Pas de médicaments.

Le 8, accès qui, après une période aiguë d'une extrême violence, a laissé le malade endolori.

Traitement. — injection sous-cutanée de un centigramme de chlorhydrate de morphine ; potion avec bromure de potassium, quatre grammes ; sirop de chloral, vingt grammes ; sirop de thébaïque, vingt grammes ; sirop de fleurs d'oranger, quatre-vingts grammes.

9. — La nuit du 8 au 9 a été bonne ; pas de douleur. Le cœur donne douze centimètres de matité verticale avec neuf de matité transversale. A la base, bruit pendulaire. L'analyse des urines ne donne que quatorze grammes vingt-huit de glycose par litre. Poids de l'urine pour vingt-quatre heures, treize cents grammes.

10. — Il n'y a pas eu d'accès depuis la potion calmante.

J'observe nettement une différence entre le pouls du matin, qui est à cent douze, et le pouls du soir, qui est à cent vingt. Habituellement il se sent plus fatigué dans l'après-midi depuis trois ou quatre jours. Poids de l'urine le 10, douze cent grammes.

Mes confrères et amis, M. le docteur Levieux et M. le professeur Pitres, avec qui j'ai une consultation pour ce malade, acceptent le diagnostic que j'avais posé et me confirment dans le dessein que j'avais conçu de revenir au sulfate de quinine. — Je prescris au malade huit pilules contenant chacune dix centigrammes de sulfate de quinine et un centigramme d'opium brut.

12. — Le malade n'a pas eu d'accès depuis le 9 ; le pouls est à quatre-vingt-douze. Il n'éprouve plus qu'une douleur vague, obscure à la partie supérieure du sternum, qui l'oblige à faire de longues expirations. Sommeil la nuit passée. Les bruits du cœur sont plus nets ; le léger souffle de la base persiste. — Sulfate de quinine *ut suprà.*

13. — Selles abondantes ; pouls à quatre-vingt-quatre ; pas de douleur.

14. — Un petit accès de demi-heure limité à la poitrine. — Le sulfate de quinine est continué quelques jours.

Les douleurs disparaissent définitivement.

Depuis, j'ai revu le malade. Son état général est bon; il perd très peu de poids. Le poids de glycose oscille entre quinze et vingt-cinq. Le cœur ne présente rien de particulier. Le bruit de souffle a à peu près disparu. De temps à autre il éprouve encore de vives douleurs sternales, écho affaibli des anciennes douleurs.

En 1879, il a été faire un voyage à Paris ; il a eu froid. Il a eu aussitôt cinq ou six accès très forts, avec propagation de la douleur dans l'épaule gauche.

En 1880, il a eu encore un accès ; la douleur se propageait dans l'épaule droite.

M. X... est persuadé que s'il se fatiguait, s'il s'exposait au froid, comme auparavant, les accès se reproduiraient.

Je n'ai jamais pu obtenir d'analyses régulières d'urines

OBSERVATION CVI

(Même auteur)

Diabète héréditaire. — Angine de Poitrine diabétique chez une femme

Mme X..., fille d'un diabétique, âgée de quarante-cinq ans, d'une constitution très robuste, perd son mari d'une affection cardiaque en 1877. Jusqu'à cette époque elle avait mené une vie de plaisirs : spectacles, soirées, dîners succulents. Presque tous les jours elle mangeait une assez grande quantité de gâteaux et de bonbons. Dans la dernière année de la vie de son mari, elle fut sans cesse sur pieds, entourant le malade des soins les plus dévoués, dormant par conséquent très peu, et mangeant d'une façon très irrégulière.

Elle ressentit très vivement la perte de son mari. Six mois après elle commençait à se plaindre de douleurs ayant pour siège la région précordiale. Elle était réveillée brusquement la nuit, vers trois heures du matin, par une gêne douloureuse occupant toute la région du cœur. La respiration devenait difficile, elle étouffait. Ce trouble durait environ une heure ou deux, après quoi la douleur s'amoindrissait, et elle dormait jusqu'au matin. J'examinai à cette époque la région endolorie. L'examen à l'œil nu ne me permit pas de constater quelque chose d'anormal, quoique la malade assurait que ce côté était plus volumineux que le droit. Je ne trouvai aucun ganglion au voisinage, même dans le creux de l'aisselle ; les glandes mammaires étaient normales, indolores. Les doigts, promenés légèrement sur la peau, ne provoquaient aucune douleur ; mais dès que cette pression devenait plus forte, en suivant le trajet des nerfs intercostaux, la sensibilité était très vive, surtout dans le septième espace intercostal gauche. La pression des apophyses épineuses était indolore. Je prescrivis des frictions calmantes au chloroforme et à l'essence de térébenthine. Deux mois plus tard, les mêmes douleurs persistaient, offrant des alternatives d'amélioration et d'exacerbation. Dans une de mes visites, je vis alors Mme X... boire avec avidité de l'eau. Je l'interrogeai, elle m'apprit que depuis quelque temps elle urinait abondamment et que sa soif était augmentée. Une analyse d'urine à l'aide de la liqueur de Fehling et du polarimètre décela trente pour mille de glycose.

Prescription. — Régime mixte , viande, légumes frais, pommes de terre et purée de légumes secs deux fois par semaine. Bromure de potassium, trois

grammes par jour ; deux verres d'eau de Vichy par jour ; deux bains alcalins par semaine.

Au bout d'un mois le sucre était tombé à vingt-cinq pour mille, mais les douleurs étaient à peu près les mêmes. Je conseillai alors de la strychnine et de l'acide arsénieux de un à dix milligrammes par jour en passant par des doses progressives.

Régime et traitement furent très mal observés. Les points de côté se faisaient toujours sentir, et dès que la malade éprouvait une émotion, la nuit était plus mauvaise et la douleur la réveillait brusquement en sursaut. Je l'envoyai à Royan, elle en revint améliorée. Les douleurs ne se montraient plus qu'à des intervalles assez éloignés, la quantité de sucre était tombée à vingt-cinq pour mille.

L'indocilité de la malade rendit ce succès très momentané. La quantité de sucre remonta à trente-cinq pour mille.

En 1878, même état, plaintes incessantes ; malaise général ; affaiblissement ; perte de poids, cinq livres. La quantité de sucre oscille entre vingt-cinq et trente-cinq pour mille.

Cure à Vichy. Mme X... y prend des accès de fièvre contre lesquels le sulfate de quinine reste impuissant.

Dix jours après la cure de Vichy, la quantité de sucre était tombée à dix pour mille.

Depuis cette époque, la malade a fait tous les ans une cure à Vichy. Elle a pris quelquefois un peu de strychnine et d'acide arsénieux ; elle refusait l'iodure de potassium.

Elle a montré par intervalles un peu plus de docilité à s'astreindre à un régime dans lequel les féculents, le sucre et les vins sucrés sont quelquefois bannis, sans que j'aie jamais pu obtenir une abstention sérieuse.

L'état général est assez bon ; elle est vive, énergique, pleine d'entrain et la physionomie est colorée et respire la santé. Le sommeil est plus complet, moins troublé par le point de côté accompagné de suffocations. La perte de poids est d'environ deux kilogrammes par an. Les règles ont lieu tous les mois sans hémorrhagie ; elles sont à peu près ce qu'elles étaient avant la maladie.

Les lésions les plus manifestes ont porté surtout sur le système épidermique : les cheveux sont tombés, les dents se sont cassées, la face palmaire des mains offre des squames avec fendillement profond et douloureux de l'épiderme et du derme, il y a là une sorte d'eczéma sec, fendillé. Elle a souvent des vulvites et des vaginites ; ces muqueuses deviennent d'un rouge vif, l'épithélium a disparu. Les badigeonnages de solution faible de nitrate d'argent font seuls disparaître momentanément la sécheresse et la brûlure.

L'examen de la région précordiale ne dénote rien de particulier, comme en 1877. La douleur à la pression peut être provoquée dans le cinquième, le sixième et le septième nerf intercostal gauche. Cette douleur provoquée a pour siège les points d'émergence du nerf et l'angle des côtes. Les apophyses épineuses correspondantes sont également douloureuses.

Le cœur a ses dimensions normales, les bruits ont un timbre métallique. Le premier bruit est un peu prolongé ; pas de souffle, pas d'altération dans le rythme. Le pouls est fréquent, je ne l'ai jamais trouvé au-dessous de quatre-vingt-seize à cent.

L'état des autres fonctions est excellent.

Les accès de douleur à la région précordiale et à la région sternale se sont éloignés, sont plus tolérables, et ne reviennent avec intensité que lorsqu'elle se livre à des fatigues exagérées ou lorsqu'elle est sous le coup de vives contrariétés.

OBSERVATION CVII

(Dr Vergely)

Angine de Poitrine Diabétique

M. Y..., homme d'une robuste constitution, âgé de cinquante-cinq ans; pas de diabétique dans sa famille. Son père et sa mère sont morts âgés. Depuis l'âge de vingt-cinq ans, il dirige des raffineries de sucre et consomme une grande quantité de sucre, environ deux cent cinquante grammes par jour. Son associé, qui n'était pas son parent, a succombé aux progrès de la glycosurie. Ce dernier consommait peu de sucre, s'occupait surtout des affaires de dehors, mais avait mené une existence très orageuse.

Au commencement de l'année 1879, M. Y... perd son fils, qu'il affectionnait très vivement. Pendant plusieurs mois, il veilla une partie de la nuit ce pauvre enfant, et le jour il s'occupait des affaires de la raffinerie.

La mort de ce jeune homme, d'une rare intelligence, qui succomba à une tuberculose pulmonaire, probablement héréditaire du côté maternel (sa mère a perdu deux frères phthisiques), fut vivement ressentie par les parents. La mère tomba dans un état de langueur, d'anémie dont elle s'est à peine relevée. M. Y. . parut d'abord mieux supporter cette épreuve, puis il éprouva de la fatigue, un abattement considérable et une inaptitude complète au travail. Le 8 novembre, en se mettant au lit, il sentit tout à coup, au contact de la fraîcheur des draps, une douleur aiguë à la région précordiale ; la respiration s'arrêta, et il fut sur le point de perdre connaissance. Cet accident se renouvela deux fois dans la nuit, chaque fois que M. Y... mettait les pieds sur le parquet, qui était froid. Ces troubles se montraient brusquement, pour disparaître bientôt avec une grande rapidité.

Les jours suivants, M. Y.... qui est d'une extrême bonté et d'une humeur égale, était devenu impatient, irritable. Il me fit part de cet état, je le questionnai, et j'appris alors qu'il avait perdu de son poids, quoiqu'il pèse encore quatre-vingt-treize kilogrammes, qu'il est moins vigoureux qu'autrefois, que son appétit est plus irrégulier, que sa soif est plus vive.

L'examen de la région précordiale dénotait à la pression un peu de sensibilité dans le quatrième, cinquième et sixième espace intercostal gauche, douleur très différente de celle qu'éprouvent les malades atteints de névralgie intercostale, quand on vient à presser le nerf douloureux.

La dernière pièce du sternum est seule sensible dans toute son étendue.

Le volume du cœur est normal ; les bruits du cœur sont normaux ; le bruit systolique est un peu prolongé.

La respiration est normale, cependant elle est un peu entrecoupée aux deux sommets.

Les fonctions digestives s'exécutent bien, le sommeil est excellent. Je fais

examiner les urines : la liqueur de Fehling et le polarimètre y décèlent cinquante-quatre grammes de sucre pour 1,000 grammes d'urine.

Le malade est soumis à un régime mixte, à l'usage du pain de gluten. Toutes les substances sucrées, qu'il recherche avec empressement, sont supprimées. Je lui fais prendre du bicarbonate de soude, et au mois de juin 1880 il va faire une cure à Vichy.

Depuis cette époque l'état général est excellent; le malade a repris sa vie active ; il dirige comme autrefois l'importante industrie à la tête de laquelle il est placé ; sa gaieté et son égalité d'humeur sont revenues.

Au mois de décembre, il est repris encore de douleurs vives dans la poitrine. La respiration était gênée, douloureuse. La douleur à la pression occupait les cinq premiers espaces intercostaux gauches et le sternum. Il était devenu morose et triste, suant au moindre exercice. Le bromure de potassium seul ou associé au sulfate de quinine, les frictions, les vésicatoires, n'ont que médiocrement amélioré cette douleur, qui a duré dix jours. Elle était continue, mais elle devenait plus forte le soir.

A la fin de février 1881, la douleur a reparu, occupant toujours les parties supérieures de la poitrine avec le même caractère qu'elle avait précédemment. Le salicylate de soude à la dose de trois grammes a diminué notablement la douleur en trois jours. Cinq, six grammes de salicylate m'ont paru la faire disparaître complétement.

Le cœur, examiné à cette époque, ne présentait rien de particulier, sauf le léger souffle systolique déjà signalé. Le pouls est plein, régulier, et bat 65 fois par minute. La respiration entrecoupée. Etat des fonctions digestives excellent.

Ce malade prend assez fréquemment de faibles doses de strychnine de deux milligrammes par jour, et s'en trouve assez bien.

La douleur a reparu à diverses régions dans le courant de 1881.

Au mois de juillet, le malade va faire une cure à Vichy. Quelques jours après le début du traitement, cette douleur est revenue. Elle occupe les premières pièces du sternum ; elle lui donne de l'oppression. Il est obligé d'ouvrir souvent les fenêtres de sa chambre pour respirer plus largement. Cette douleur et cette sensation persistent, quoique le traitement de Vichy ait ramené la quantité de sucre à zéro. La polidypsie avait cessé, et la polyurie également. Avant son départ, le malade rendait de deux à trois litres et demi d'urine; à son retour cette quantité était tombée à 1,500 grammes.

Le 2 août, dix à quinze jours après son retour de Vichy, la douleur avait à peu près complétement disparu. Elle reparaît encore de temps à autre.

OBSERVATION CVIII

(Dr Vergely)

Angine de Poitrine Diabétique

M. B..., trente-huit ans, constitution robuste, a toujours joui d'une bonne santé et ne s'est jamais livré à aucun excès. En 1872, il perd une fortune considérable dans des spéculations malheureuses. Il a cependant supporté cette épreuve avec un certain courage.

Dans les premiers jours de 1878, il éprouve tout à coup de la gêne dans la

région précordiale ; il sent son cœur battre irrégulièrement, il lui semble qu'il va s'arrêter, et il est sur le point de perdre connaissance. Depuis quelques temps il est oppressé, et il lui est impossible de marcher, de courir, de monter un escalier comme autrefois ; il se sent fatigué, affaibli. Six mois auparavant il pesait 74 kilogrammes, il n'en pèse plus que 69.

L'extérieur du malade ne présente rien de particulier, le pouls est régulier et bat 72 fois par minute.

Le cœur est normal comme volume, mais à la base je trouve un léger souffle systolique qui se prolonge dans les carotides.

La poitrine résonne à la percussion d'une manière exagérée ; la respiration, affaiblie, témoigne d'un peu d'emphysème. Les fonctions génésiques sont intactes ; les fonctions digestives s'exercent bien ; la soif est augmentée. M. B., trouve qu'il urine plus que d'habitude. L'examen des urines par la liqueur de Fehling et le polarimètre accuse 22 pour 1000 de glycose.

Je perds de vue le malade. Au mois d'octobre 1879, je lui donne des soins pour une bronchite aiguë qui était venue compliquer son emphysème. Je ne pus obtenir d'analyse d'urine.

En 1880, au mois de septembre, nouvel accès de bronchite moins grave que le précédent. Au mois d'octobre, une analyse d'urine est faite et ne décèle pas de sucre. En 1881, pas d'oppression, pas de bronchite, retour à la santé antérieure. Examen des urines négatif.

La fréquence et la ténacité des troubles nerveux (névralgies) qui surviennent dans le courant du diabète est un fait qui a été noté par la plupart de ceux qui ont observé ou décrit cette maladie.

On peut conclure de l'examen des faits qui précèdent :

1° *Que des accès d'Angine de Poitrine peuvent se montrer dans le courant du diabète ;*

2° Que ces accès d'angine peuvent être *simples ou associés à des névralgies intercostales ;*

3° Qu'ils peuvent se montrer *en dehors de toute affection cardiaque ;*

4° Qu'il importe en présence d'un accès d'Angine de Poitrine d'examiner avec soin les urines pour s'assurer si cette névrose ou cette névralgie n'est pas liée au diabète.

M. Vergely ne croit pas que l'apparition où la disparition de l'*Angor* dépendent de la variation du sucre et les accès ne lui ont pas semblé revenir plus nombreux ou plus intenses avec la production exagérée du sucre. Tel est aussi l'avis de M. Lecorché.

Quatre autres observations où l'*Angor* coïncidait avec du Diabète

ont été recueillies dans la Science, trois par M. Huchard (1) et la quatrième par M. Hutinel (2). S'il était absolument vrai que l'*Angor* dépendit de la glycosurie, ce serait dans les cas où l'urine contiendrait une plus grande quantité de sucre que les accès devraient se montrer plus fréquents et plus graves; il n'en est point ainsi et un des malades de M. Vergely a eu des accès d'*Angor* même en l'absence de sucre. D'où il suit, dit M. Huchard, que l'Angine de Poitrine chez les diabétiques n'est pas le résultat du Diabète, mais bien plutôt de la Diathèse arthritique. Ne voit-on pas en effet, chez eux tous les caractères de l'Angine de Poitrine des arthritiques (provocation des accès par le refroidissement, leur apparition nocturne et leur longue durée) et peut-on réellement attribuer à la présence seule du sucre, le développement de ces accidents angineux, quand ceux-ci ne se produisent pas avec des quantités bien plus considérables de glucose et quand ils persistent encore après sa complète disparition ?

La réponse à cette question n'est pas douteuse. D'après ces derniers auteurs et pour eux « l'*Angine de Poitrine des diabétiques est imputable à l'arthritisme.* »

Mais, on le sait, il y a nombre de médecins, entr'autres M. L. Dreyfus-Brisac qui reconnaissent au diabète une origine nerveuse et qui expliquent de cette manière pourquoi les *diabétiques sont des névropathes ;* trouvant que les caractères présentés par l'*Angor diabétique* sont les mêmes que ceux de l'*Angor névrosique*, ils s'appuient sur cela pour dire que c'est au nervosisme qu'il faut attribuer ces accès de sternalgie.

Ces deux opinions nous paraissent également fondées et ces deux diathèses ayant bien des points communs et étant pour ainsi dire sœurs ou tout au moins cousines germaines, on peut bien dire qu'elles contribuent toutes deux à faire éclore l'*Angor* chez les diabétiques.

E. — Ataxie Locomotrice

M. Letulle (3) et M. Friedreich (4) ont observé deux cas d'Angine de Poitrine chez deux tabétiques.

---

(1) H. Huchard. — *Union Méd.* 1883, relatés par Dreyfous. Des accidents nerveux dans le diabète sucré. Thèse d'agrégation, Paris 1883.

(2) Hutinel. — In Dreyfous, loc. cit.

(3) Letulle. — Note sur l'existence des lésions cardiaques dans l'ataxie locomotrice. *Gazette Médicale de Paris* (1880).

(4) Friedreich. — (Arch. franç. path. anal. und phys. von Wirchow. T. XXVI, p.410.

Doit-on en conclure qu'il y a quelque affinité et une certaine corrélation entre ces deux maladies ? Si elle existe, elle ne peut être que lointaine et médiate et s'explique de la manière suivante ; la sclérose de la moëlle a été produite chez eux par l'endartérite athéromasique des artérioles qui s'y distribuaient et ne pouvaient plus la nourrir et l'*Angor* s'explique à son tour par la transformation scléro-athéromateuse de l'aorte et des valvules sigmoïdes, — Il y a longtemps que MM. Charcot (1), Vulpian (2), Berger (3) et Rosembach (3) ont signalé la fréquence de ces lésions aux valvules des tabétiques.

Au résumé, puisque l'ataxie locomotrice suscite des troubles nerveux et des accès de névralgie à l'estomac, aux poumons ou à la vessie, nous ne voyons pas pourquoi elle n'en occasionnerait pas également au plexus cardiaque, d'autant plus que des lésions athéromateuses préexistent souvent à l'aorte ou aux valvules des tabétiques ; l'*Angor* doit trouver là un terrain éminemment favorable à son éclosion. Nous sommes convaincu que dans quelques années, on verra de nouveaux faits confirmer cette influence indirecte, il est vrai, mais probable.

D. — Angine de Poitrine Toxique

Ses causes sont :

1° L'Alcoolisme ;
2° Le Tabagisme ;
3° Le Théisme et le Caféisme ;
4° La Malaria ;
5° L'Ergotisme ;
6° Les Vapeurs d'oxyde de carbone ;
7° Le Plomb, le Mercure, le Morphinisme ;
8° L'Albuminurie.

1° Angine de Poitrine Alcoolique

D'après Bouchardat, l'alcool introduit dans la masse du sang, détourne à son profit l'action comburante de l'oxygène apporté par

(1) Charcot cité par Vulpian. — Clin. méd. de la Charité. Comm. clin. et obs. par le Dr F. Raymond. 1879, p. 812.

(2) Vulpian. — Même ouvrage, p. 812.

(3) Berger et Rosembach. Weber die coïncidenz von tabes dorsalis und insufficiens der aorten Klappen (Berlin Klin. woch. 1879.

la respiration, de façon à laisser au sang artériel la coloration noire du sang veineux. — Orfila a fait voir, dit le Dr Félix Brémond (1), que la présence de l'alcool dans le liquide nourricier le rend mou et gélatineux en coagulant presque l'albumine, la fibrine, l'hématosine et les matières grasses de la chair coulante.

Tout le monde reconnaît aujourd'hui que l'abus des liqueurs alcooliques, en déterminant à la longue l'athéromasie artérielle et les maladies de l'aorte, prédispose aux attaques d'Angine de Poitrine. C'est à n'en pas douter l'extension effrayante (depuis quinze ans et surtout depuis le siège de Paris) de cette habitude désastreuse pour notre pays qui a fait progresser de beaucoup le nombre des cas de cette maladie traités dans les hôpitaux de Paris. Jadis, en effet, l'alcoolisme y était assez rare, tandis qu'aujourd'hui on l'y rencontre communément. — Nous en citerons de nombreux exemples dus à cette cause, quand nous nous occuperons des cas d'Angines de Poitrine accompagnés d'altérations cardiaques. Ces malades étaient depuis longtemps alcoolisés pour la plupart; plus tard ils sont devenus athéromateux, et enfin, quand leurs lésions ont acquis un certain degré de développement, l'Angine de Poitrine a éclaté à son tour. L'alcool ne produit guère d'emblée cette maladie, mais il y prédispose en déterminant l'athéromasie et des troubles dyspeptiques.

A quels signes reconnaître qu'un angineux est en même temps atteint d'intoxication alcoolique et comment le deviner ? Comment s'en assurer quand il le nie et que rien ne jette la lumière sur les commémoratifs ? — Il n'est pas indifférent cependant de le savoir, et nous allons en indiquer brièvement les moyens.

Un des effets les plus certains de l'intoxication alcoolique, c'est le tremblement des mains, et quand on l'observe chez un homme à qui on dit de les tenir tendues et immobiles, on a déjà de fortes présomptions en faveur de son intoxication. C'est là un des premiers symptômes du début.

Il y a, en outre, chez les alcooliques, de la parésie trémulente. — Non point une paralysie proprement dite, mais une diminution plutôt qu'une abolition de la contractilité musculaire (2). Au premier

(1) Dr Félix Brémond. — In *Petit Journal de la Santé*, 20 juin 1886.
(2) *Gaz. des Hôpitaux*, 12 juin 1886.

degré, c'est de la *trémulence* plutôt qu'un véritable tremblement. — Quelquefois, non seulement les muscles des membres, mais ceux des lèvres, de la langue, en sont affectés.

Ce n'est pas tout, on sait que l'alcool introduit dans le sang exerce sur le cœur une action toxique ; cette action, au début, détermine, d'après M. Péter, l'affaiblissement des bruits du cœur, qui sont un peu flou et mal frappés. Le sphygmographe indique cet état ; la ligne d'ascension est courte, ce qui prouve que le cœur a perdu de son énergie ; celle de descente a toute une série de trémulencecs, de petites oscillations correspondant à celles de la main. Tel est le premier degré des altérations cardiaques de causes alcooliques. L'organe est atteint d'abord dans sa puissance musculaire ; à un second degré, il est atteint dans la constitution de ses fibres anatomiques. Enfin il survient de la myosite avec une dégénérescence granulo-graisseuse de ses fibres et des phénomènes convulsifs parmi lesquels on doit compter l'Angine de Poitrine.

2° Angine de Poitrine Tabagique

« Celui qui fume pour la première fois, a écrit Boerhaave, décrivant les premiers effets du tabac sur l'apprenti fumeur, éprouve dans tout son être une crise profonde suivie de nausées, de vomissements, de vertiges, de tintements d'oreilles, de garde-robes, d'ivresse, et souvent même de défaillance. »

Bien des siècles se sont écoulés avant que cet avertissement, donné il y a de longues années, ait porté tous ses fruits ; mais aujourd'hui on reconnaît généralement que le tabac prédispose certains sujets à l'Angine de Poitrine, principalement ceux qui en abusent et qui arrivent à la période d'intoxication, c'est-à-dire au *Nicotisme chronique.*

Ce sont surtout les fumeurs de cigarettes qui y sont exposés, parce que leurs lèvres s'entrouvent moins souvent que celles de ceux qui fument la pipe ou le cigare et qu'ils aspirent la fumée en même temps que l'air. Or, la fumée, en pénétrant dans les bronches, peut exciter directement le pneumo-gastrique et produire secondairement sur le cœur les pénibles symptômes de l'*Angor Pectoris ;* mais ces accidents sont très rares à l'état aigu ; il en est autrement du nicotisme chronique.

Graves, le premier (Dr Liégeois, mém. cité, p. 288), en faisant allusion aux symptômes de l'Angine de Poitrine, avance que différentes causes peuvent amener cette singulière perturbation dans les fonctions du cœur, mais qu'aucune n'a plus d'influence que l'abus du tabac à priser ou à fumer. « Ne perdez pas de vue ce détail, dit-il, à ses élèves, il pourra vous servir pour établir votre diagnostic. »

M. Beau a ensuite, dans une leçon reproduite en 1862 par la *Gazette des Hôpitaux*, démontré par un grand nombre d'observations, qu'il y avait une corrélation de cause à effet entre le tabac et l'Angine. — Sans doute, il y a des individus réfractaires à cette influence, l'immense quantité des fumeurs qu'elle n'incommode pas le prouve bien, d'autres n'y deviennent sensibles qu'à la longue, mais que ces personnes prédisposées éprouvent un profond chagrin, une grande déception, une émotion très vive, et l'accès d'*Angor* éclatera, les surprenant brusquement. — Beau (1) a cité deux cas mortels sur huit cas observés sur des Russes et des Polonais, grands fumeurs, que le tabac avait affaiblis et rendus dyspeptiques.

A l'époque où j'ai soigné les malades de l'*Embuscade*, cette influence du tabac à priser ou à fumer sur l'apparition de la sternalgie était à peine signalée, la lecture du travail de M. Beau appela donc mon attention sur ce point et je dois dire que le séjour presque continuel de nos marins dans une atmosphère remplie de fumée de tabac a dû contribuer au développement de l'épidémie. — Je me souviens très bien et je l'écrivis dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1862, que tous nos matelots fumaient et chiquaient avec acharnement et presque constamment ; de plus, pendant les mauvais temps que nous essuyâmes et pour résister à la grosse mer qui nous tourmentait, les sabords de la batterie et les hublots du faux-pont durent rester soigneusement fermés, l'air ne se renouvelait guère dans ces deux étages où l'équipage, à l'exception des hommes faisant le quart, vivait, mangeait, dormait et respirait ; il est donc raisonnable d'attribuer au tabac une certaine part dans les causes occasionnelles de cette épidémie. Mais combien de causes débilitantes (maladies antérieures, cachexie scorbutique, alimentation peu réconfortante), ont dû y prédisposer encore plus que le tabac ! L'atmosphère empestée de fumée nicotique n'a pas existé qu'à bord de

(1) Beau. — De l'influence du tabac sur la production de l'Angine de Poitrine. *Gaz. des Hôpitaux*, 1862.

l'*Embuscade* seulement, elle se retrouve à bord de tous les navires de guerre naviguant par les gros temps, au cap de Bonne-Espérance et au cap Horn, où la mer est si grosse qu'il faut tout fermer. Cependant pareille épidémie ne s'est plus observée, donc l'action du tabac n'a pas été la cause unique du mal ; toutefois j'ai recueilli alors une observation où, sans aucun ambage, l'accès n'a pas reconnu d'autre étiologie.

OBSERVATION CIX
(PERSONNELLE)

Maneil est âgé de vingt ans ; il est à bord de la corvette depuis huit ou dix mois, il voyageait précédemment sur un navire de commerce, et n'a quitté la France que depuis un an ; il n'a donc point été éprouvé comme nos autres matelots par des fatigues continuelles et un changement fréquent de climats opposés ; aussi a-t-il conservé toutes les apparences d'une belle santé. En l'étudiant bien, on ne voit aucun tempérament prédominer chez lui.

Il n'était jamais entré à l'hôpital du bord, lorsque le 27 avril, à deux heures de l'après-midi, après son dîner, il éprouve en montant dans la hune une douleur très vive au sternum ; il s'arrête en sentant la douleur augmenter, appelle ses camarades, qui le descendent par l'échelle de l'avant à l'hôpital disposé dans la batterie.

J'arrive. M... est debout, appuyé contre un lit et soutenu par les infirmiers. Il ne peut parler que par monosyilabes, mais ses gestes indiquent le siège de la souffrance, qui occupe le côté gauche du sternum. Il se plaint aussi vivement du bas de la poitrine : il lui semble qu'on la lui enfonce. Engourdissement et fourmillement dans les doigts, élancement dans le bras gauche. La tête est relevée et renversée en arrière ; respiration ordinaire, mais suspendue dans les moments où augmente la douleur. De temps en temps, soupirs profonds. M..., dominé par la crainte de mourir, fixe ses yeux sur moi, m'appelle à son aide quand la violence des douleurs redouble, il m'indique par ses gestes qu'elles descendent jusqu'au testicule gauche. Le pouls est resserré et légèrement accéléré. Au bout de dix minutes, l'attaque se calmait, et l'expulsion de beaucoup de vents accompagnait cette terminaison. Cependant je fus obligé deux heures après de pratiquer le cathétérisme sur M..., tourmenté par un besoin d'uriner qu'il ne pouvait satisfaire.

Le lendemain, malgré un repos absolu, M..., s'étant hasardé à manger quelques pruneaux, fut atteint d'une seconde attaque, qui nécessita cette même opération, quoiqu'elle eut été moins douloureuse que la première.

Eulenburg a confirmé l'opinion de Beau en citant quelques faits observés dans sa pratique. « J'ai vu, dit-il, des accès parfaite-
» ment caractéristiques d'Angine de Poitrine chez un jeune ouvrier
» en cigares, qui fumait depuis plusieurs années, journellement, un
» grand nombre de cigares forts. »

Morel (1) a écrit aussi : « Les jeunes fumeurs sont pâles et maigres, la nutrition se fait mal chez eux, l'usage du tabac amène » des phénomènes d'excitation, suivis de dépression du cervelet et » de la moëlle épinière; il rend les membres inférieurs lourds et » incertains ; il détermine du côté du cœur des lypothimies, de la » faiblesse, de l'irrégularité dans ses battements et enfin l'Angine « de Poitrine. »

M. le Dr Decaisne dans une série d'articles parus depuis 1865, lus à l'Académie des sciences ou à la Société de Médecine publique : (*L'intermittence des battements du cœur et du pouls, causée par l'abus du tabac à fumer. — Les femmes qui fument. — Les enfants qui fument*), a corroboré les observations du Dr Beau. Ce qui, d'après lui, se produit d'abord chez les personnes faibles, c'est de la chloro-anémie, des palpitations, un affaiblissement de l'intelligence, des digestions pénibles et enfin des troubles cardiaques d'autant mieux accusés qu'il y a saturation.

Depuis, M. Bertillon, M. Peter ont cité de nouveaux faits à l'appui de cette funeste influence. « La fumée du tabac, a dit M. Rochard, » membre de l'Académie de Médecine, dispose à l'Angine de Poitrine. C'est une des accusations les plus graves qu'on porte » aujourd'hui contre elle et je ne suis pas éloigné de la croire fondée. » Il y a, je crois, peu de fumeurs qui n'aient senti quelquefois cette » angoisse d'une seconde ; cette douleur retro-sternale, rapide comme » l'éclair, qui évoque immédiatement chez le médecin la pensée de » cette terrible maladie. Ce sont surtout les fumeurs de cigarettes » qui sont menacés de voir ces symptômes s'aggraver parce qu'ils » fument d'une manière presque incessante et qu'ils respirent la » fumée. »

Le Dr Vallin (2), longtemps incrédule sur les méfaits du tabac, s'exprime ainsi :

OBSERVATION CX
(ABRÉGÉE)

Au mois d'avril 1881, entrait dans mon service un jeune lieutenant d'une vigoureuse constitution qui depuis un an était sujet à des attaques d'Angine de

(1) Morel. — Traité des dégénérescences

(2) Dr Vallin. — Discours reproduit dans le *Journal de la Santé Publique*, 15 mai 1883.

Poitrine, les accès d'abord rares, étaient devenus plus fréquents, puis presque journaliers et le malade très effrayé avait demandé à être évacué sur le Val-de-Grâce. Dès le lendemain de l'entrée de cet officier dans mon service, je pus assister à une de ses attaques: douleurs rétro-sternales avec engourdissement douloureux à la région gauche du cou, angoisse extrême, pâleur de la face, sueur froide, tendance à la syncope, respiration profonde, intermittence des battements — 52 pulsations ; — le malade dit qu'il va mourir. Calme au bout de vingt minutes, accablement. Vertiges qui persistent pendant une demi-heure. Aucun signe de lésion du cœur, de goutte, d'arthritisme, ni de dyspepsie. J'étais donc fort embarrassé pour rattacher les accès à leur véritable cause, lorsque je demandai au malade s'il avait l'habitude de fumer ? — «Oh ! monsieur le docteur, me dit-il, je fumais beaucoup autrefois, mais le médecin de mon régiment m'a fortement recommandé de renoncer au tabac et depuis plusieurs mois, j'ai complétement cessé. » Le diagnostic resta incertain pendant quelques jours, les accidents persistant malgré la suspension de la cigarette, mais je sais que lorsqu'on est saturé, intoxiqué, ou simplement influencé par le tabac, une ou deux cigarettes fumées dans la journée suffisent parfois à ramener les accidents, j'insistai pour savoir si le malade ne fumait pas de temps en temps quelques cigarettes « non, me répondit-il. je n'en ai pas fumé une seule depuis trois mois, et c'est pour moi une privation d'autant plus grande que chaque soir mon frère, qui est officier dans le même régiment, et cinq ou six de mes camarades se réunissent pour fumer dans ma chambre, de 8 à 11 heures du soir, il est encore plus difficile de résister au désir de fumer quand on est comme je le suis, entouré de fumeurs. soit au café, soit chez moi. »

Je fis remarquer à cet officier qu'il s'empoisonnait aussi bien avec la fumée des autres qu'avec la sienne propre, que rien n'était plus pernicieux que de passer la nuit dans une chambre imprégnée de l'odeur du tabac, qu'il eut été moins dangereux absolument de fumer lui-même un cigare en plein air, dans la rue, que de vivre dix à douze heures, dans une atmosphère saturée de fumée.

Je lui prescrivis la promenade au grand air, après chaque repas, et l'engageai à fuir la moindre odeur de tabac ; le malade s'y conforma, ne descendit plus après le repas au salon de lecture de l'Hôpital parmi les fumeurs et cessa à dater de ce jour-là d'être malade.

La même cause, respiration incessante de la fumée du tabac, me semble être la cause du mal dans l'observation ci-dessous :

OBSERVATION CXI

(Dr Papillaud) (1)

« Une fille L..., âgé de 50 ans, débitante de tabac à Saujon (Charente-Inférieure) était atteinte depuis 15 ans de palpitations de cœur quand elle ressentit des crises soudaines, consistant en douleurs aiguës à la région du cœur avec

(1) Dr Papillaud. — Mémoire cité p. 13. Observ. 1re.

troubles de la respiration et de la circulation, angoisse et crainte de la mort imminente, d'autant plus vives qu'elle craignait vivant seule de mourir sans secours.

Ces crises augmentèrent d'intensité et de fréquence, elles venaient à la suite d'une marche précipitée, même pour franchir des distances insignifiantes comme celles qu'on parcourt dans l'intérieur d'une maison, ou à la suite de travaux dans lesquels les bras seuls avaient à se mouvoir comme dans l'occupation de faire un lit. *La poussière de tabac, quand il s'agissait d'en remuer de grandes quantités*, paraissait provoquer aussi des attaques redoutées par la malade. Elle en était venue à ne plus passer une quinzaine sans être atteinte une ou plusieurs fois et même à subir quelquefois plusieurs crises dans la même semaine.

N'est-il pas présumable que vivant dans une atmosphère pleine de fumée de tabac (car dans les petites villes de province les clients font volontiers une grande halte et une longue causerie chez la débitante du coin en y allumant leur pipe ou en venant y renouveler leur provision quotidienne), la malade a vu ses crises s'aggraver sans cesse ? La saturation tabagique avait sans doute mis du temps à se faire, mais après des années, elle était devenue complète et la preuve en est donnée par la manifestation de l'*Angor Pectoris* se développant avec une extrême rapidité.

Nous devons ajouter cependant que cette fille était d'un tempérament lymphatique, *bilioso-nerveuse* ; elle avait une claudication très prononcée par suite d'une luxation spontanée de la tête du fémur ; les battements du cœur étaient distincts avec quelques intermittences et surtout avec un défaut de synchronisme dans les claquements valvulaires dont les bruits étaient parcheminés. Il y avait donc chez Mlle L..., une lésion valvulaire avec induration pouvant favoriser les accès d'*Angor*.

OBSERVATION CXII

(Dr Vallin. — Loco citato)

Le 21 décembre 1882, je recevais dans mon service un fonctionnaire public âgé de 49 ans. Quatre jours auparavant en santé, relativement assez bonne, il sentit une vive angoisse précordiale, des vertiges et tomba sur le boulevard en lipothymie presque complète. On lui donna les premiers soins chez un pharmacien qui nota la lenteur extraordinaire du pouls ; il se remit assez vite. Toutefois, il éprouva le lendemain des maux de tête, des bourdonnements d'oreilles, des vertiges et entra à l'hôpital. Ralentissement extraordinaire du pouls qui ne bat que vingt-quatre fois à la minute.

Toutes les deux heures, retour des crises syncopales avec bourdonnements, vertiges, anxiété précordiale très vive avec suffocation, dyspnée et arrêts du cœur.

Le malade avait eu de violentes attaques de rhumatismes poly-articulaires pendant qu'il était prisonnier de guerre en Allemagne en 1870-71 ; en 1872, il avait eu une hydarthrose ; en 1874, retour du rhumatisme avec iritis. En 1877, éblouissement, irrégularités du cœur battant 25 ou 30 fois par minute, souvent arrêt et exagération, aussitôt que le malade se remuait, le pouls remontait alors à 120, 140 pulsations. On diagnostique une dégénérescence du myocarde d'origine rhumatismale, mais là n'était pas la véritable cause. Le malade interrogé m'apprit que pour dissiper ses ennuis lors du traitement de l'hydrarthrose, il avait pris l'habitude de fumer sans relâche.

Il lui fut ordonné de cesser complétement le tabac, et les accidents se dissipèrent. Depuis lors, chaque fois qu'il recommence à fumer pendant quelques jours, ils reparaissent de nouveau, aussi il a pris le parti de cesser définitivement.

OBSERVATION CXIII

(Dr Vallin. — Loco citato)

Elle a ceci de particulier qu'elle a été recueillie par un médecin sur lui-même. Ce confrère est âgé de 62 ans ; il y a six ans, il a commencé à éprouver des angoisses inexprimables avec menace de suffocation. Il croyait mourir. Ces accidents se renouvelèrent 4 ou 5 fois par an. Après avoir consulté plusieurs médecins qui ne trouvaient aucune lésion appréciable, ni aucun trouble sérieux des voies circulatoires ou des centres nerveux, on songea à l'influence du tabac; M. X..., avait déjà remarqué que ses crises se produisaient particulièrement lorsqu'il avait fumé avec excès. Depuis longues années, il fumait de 50 à 60 cigarettes par jour, en faisant passer par les bronches, une partie de la fumée. A l'époque des crises, il cessait de fumer et de fréquenter les fumeurs, ayant alors de la répugnance pour le tabac, mais était-il mieux, il reprenait ses habitudes. En 1878, les accidents devinrent plus violents ; ils faisaient redouter l'Angine de Poitrine. Notre collègue prit résolument son parti, il supprima brusquement et complétement l'emploi du tabac. A partir de ce moment, les accidents disparurent, la santé redevint parfaite et depuis ce temps-là, n'a pas été troublée un seul jour.

OBSERVATION CXIV

Dr Gauthier. — (Mémoire cité p. 104.)

Angine de Poitrine par abus du tabac

J.-M. G..., âgé de 65 ans, indemne de toute diathèse, (son grand'père cependant était asthmatique) fume la pipe avec excès, 40 à 50 centimes par jour du tabac ordinaire de la régie. Un soir qu'il avait veillé fort tard dans un cabaret, au milieu d'une atmosphère tabagique et ayant fumé lui-même, il fut pris soudainement en rentrant chez lui d'un évanouissement incomplet avec sensation d'une constriction thoracique violente. Aussitôt appelé, nous constations la

pâleur du visage avec sueurs froides, le pouls serré et ralenti, l'inspiration pénible et lourde ; le malade accusait la sensation d'une barre transversale dans la poitrine ainsi qu'une céphalalgie intense. Nous crûmes d'abord que tout cela était la conséquence de trop copieuses libations quoique le sujet n'eût pas l'habitude de boire, mais quelques jours plus tard, les mêmes phénomènes s'étant reproduits dans d'autres circonstances, nous reconnûmes notre erreur. Le malade venait de se coucher, après avoir veillé en famille, mais toujours après avoir beaucoup fumé, quand il fut pris d'une crise plus sévère encore que la précédente, surtout au point de vue de la douleur précordiale.

Nous interdimes alors l'usage immodéré du tabac. M. G..., tint compte en partie de notre recommandation, les crises sténocardiaques ont disparu, mais les palpitations sont encore fréquentes, principalement après les longues soirées d'hiver pendant lesquelles il fume plus que d'habitude. A part cela, cet homme se porte fort bien et ses fonctions digestives sont d'une régularité parfaite.

OBSERVATION CXV

(G. Graux) (1)

Angine de Poitrine chez un fumeur de cigarettes

Il s'agit d'un fumeur qui avait sans cesse la cigarette à la bouche et en avalait la fumée. Il fut subitement pris d'une douleur dans la région du cœur et crut qu'il avait cessé de battre. Il chercha dans ce moment là à s'appuyer sur quelque chose de solide suspendant sa respiration de peur de réveiller la douleur. Il sentait en même temps le mal s'irradier dans l'épaule, le bras, la main gauche et principalement le petit doigt qui était engourdi et sentait des fourmillements. A l'auscultation, on ne trouva aucune lésion du cœur ni des vaisseaux. Son médecin lui interdit l'usage du tabac et les accidents disparurent.

OBSERVATION CXVI

(Peter. — Traité Clinique et pratique des maladies du cœur)

Angine de Poitrine chez un fumeur

Un jeune médecin éprouvait une dyspnée assez soudaine, sans douleur aucune, accompagnée d'une faiblesse générale de refroidissement brusque, de pâleur et de légers vertiges. Le pouls était faible et devenait presque insensible avec tendance lipothymique peu accentuée encore. Ces attaques d'abord légères, ne duraient que quelques minutes, sans troubles gastriques ou intestinaux et sans palpitations. Mais plus tard, les accidents s'aggravant, l'accès qui débutait encore par de la dyspnée, était accompagné d'une sorte d'anxiété, sans douleur véritable au niveau de la région cardiaque, immédiatement suivie de de lipothymie. Puis, dans des attaques plus rares, mais complètes, il y eut de véritables syncopes.

Pendant onze ans où se succédèrent ces accidents de syncope, il ne s'en pro-

(1) G. Graux. — *Soc. de Méd. de Paris*, 9 avril 1881.

duisit pas de nouveaux, mais le malade continuant de fumer, il a eu pour la première fois une *douleur vive à la région précordiale* qui a précédé la dyspnée et qui avait été elle-même précédée de fatigue cérébrale, avec difficulté dans l'assemblage des idées. Cette douleur ne dura que peu d'instants, mais la pression du doigt au niveau du troisième espace intercostal gauche provoquait une sensation de véritable souffrance.

Dans le mémoire de M. Ch. Liégeois (1), cet auteur s'exprime ainsi : « Nous avons retrouvé plusieurs cas d'*Angor tabagique* dans nos notes. — Le premier se rapporte à un homme de trente-deux ans fumeur de cigarettes ; il fumait jusqu'à 15 cigarettes par jour, ses fonctions digestives étaient profondément atteintes, je dus même le soumettre aux préparations de pepsine. — Le second a trait à un homme de 38 ans qui a éprouvé autrefois des accès d'asthme et des crises cardialgiques ; l'abus de la pipe lui a donné de l'Angine de Poitrine. — Dans ces deux cas, la suppression absolue du tabac a fait disparaître les accès. Dans un troisième cas, l'Angine de Poitrine me parut être l'effet de l'usage de la chique. C'était chez un vieillard de 66 ans qui avait contracté autrefois cette habitude au régiment. Il y renonça et les accès disparurent. Enfin j'ai vu à l'hôpital une petite cigarière de 22 ans, chez qui le séjour et le travail dans la manufacture déterminèrent au bout de trois mois tous les accidents de la maladie d'Herbedeen. Sortie de l'hôpital, elle reprit sa première occupation et contracta de nouveaux accès. Elle fut obligée de renoncer à sa profession. »

« M. Leudet, ajoute M. Liégeois, a établi dans une importante leçon (2), que certaines modifications physiologiques ou pathologiques peuvent provoquer l'intolérance momentanée ou permanente du tabac ; relevons au nombre de ces modifications, la dyspepsie, la gastrorrhée alcoolique, la nutrition insuffisante, l'hypo-globulie. Or, notre premier malade était dyspeptique, le second avait fait des abus de bière, le troisième avait une alimentation misérable et approchait de la cachexie de misère, le quatrième était chloro-anémique. C'est sans doute à l'absence de l'une ou de l'autre de ces conditions accessoires que les Américains du nord (Brown-Séquard), qui sont de grands fumeurs, doivent d'être rarement affectés de l'Angine de Poitrine. »

(1) Ch. Liégeois. — Mém. cit., p. 294.

(2) Leudet. — Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen, p. 571-583.

OBSERVATION CXVII

(Dr Liégeois. — Loc. cit., p. 301)

Angine de Poitrine due à l'usage de la chique

Ferdinand M..., sujet italien, terrassier sur une ligne de chemin de fer en construction, se présente à ma consultation le 8 juillet 1885. Il me dit avoir éprouvé hier au chantier, alors qu'à l'aide de sa pioche il essayait de soulever une pierre de grès, une douleur des plus déchirantes dans la poitrine, et il me montre avec la main le dessous du sternum. Irradiée à l'épaule gauche et jusque dans l'auriculaire gauche, cette douleur l'a forcé à s'asseoir sur cette pierre où il a cru qu'il allait mourir. L'angoisse a persisté au moins vingt minutes et il a pu regagner sa chambre où il a eu dans la nuit trois accès semblables.

Cet homme nous déclare qu'il a souvent des battements de cœur et que plus d'une fois il a été réveillé pendant la nuit par des accès d'oppression, mais sans avoir de douleur au cœur.

J'ausculte celui-ci : ses battements sont un peu précipités, intermittents à chaque neuvième pulsation, mais il n'y a pas de bruit de souffle mitral ni aortique ; l'aorte n'est pas augmentée de volume.

En faisant ouvrir la bouche à ce terrassier pour constater l'état de sa langue, je m'aperçois que celle-ci est toute noire, une *chique* est soigneusement cachée derrière l'arcade dentaire gauche ; cet homme ne fume ni ne prise, mais il chique toute la journée depuis trois ans.

N'ayant en face de moi ni un nerveux, ni un diathésique, ni un cardio-aortique, mon diagnostic *Angine de Poitrine tabagique* est vite établi ; les dents noires, les granulations et l'irritation du pharynx confirment mon idée.

M. Liégeois croit que d'ici peu d'années on verra de nombreux cas d'Angine de Poitrine éclore dans les départements où l'État autorise la culture du tabac, les cultivateurs en conservant beaucoup pour eux et fumant le meilleur presque sans apprêt. Or ce tabac est beaucoup plus riche en principes délétères que celui livré par les manufactures à la consommation.

M. Florian Cuny (1) a eu le mérite, après M. Péter, de bien esquisser cliniquement et par des faits (dont un tout à fait personnel), les trois formes que revêt en définitive l'*Angor* tabagique :

1° Forme *ébauchée* ;
2° Forme *solennelle* quoique non mortelle ;
3° Forme *mortelle*.

Nous empruntons à M. Florian Cuny quelques observations intéressantes.

(1) Florian Cuny. — Tabac et tabagisme, th. doc. Paris 1885.

OBSERVATION CXVIII

(RÉSUMÉE)

(In HUCHARD. — Loc. cit., p. 474)

Homme de trente-cinq ans, robuste, d'une santé excellente, se met à fumer six à dix cigares par jour. Bientôt, il tombe en proie à un nervosisme très accentué, éprouve quelques troubles visuels (amblyopie, scotome), puis il est pris de vertige avec sensation de constriction à la tête, hypéresthésie du sens de l'ouïe, douleurs rachidiennes, incertitude de la marche, tremblement des membres, impuissance génésique, inaptitude au travail, anorexie et amaigrissement. Le pouls se ralentit et devient faible. Cet état durait depuis quelque temps, quand un beau jour il fut pris d'un véritable accès d'Angine de Poitrine. Soumis aussitôt à un traitement dont l'abstinence complète du cigare forma la base, le malade guérit complétement, et même on put remarquer la rapidité avec laquelle tous les accidents se dissipèrent.

OBSERVATION CXIX

(RÉSUMÉE)

(F. CUNY. — In HUCHARD. — P. 475)

Le malade fumait avec excès ; il avait toute la journée la cigarette à la bouche, et, circonstance aggravante, il en avalait la fumée. Bientôt il vit survenir des accidents graves qu'il décrivit comme il suit : Il était pris subitement d'une douleur dans la région du cœur avec sensation d'arrêt de l'organe ; il était alors obligé de s'arrêter, de prendre un point d'appui, de suspendre la respiration, tant était grande la douleur ; il accusait en outre une irradiation très vive dans l'épaule, le bras et la main gauche, surtout dans le petit doigt, qui était engourdi et le siège de fourmillements.

Aucune diathèse goutteuse et rhumatismale ne semblait pouvoir être mise en jeu, non plus que l'alcoolisme, la syphilis ou l'épilepsie. Un examen minutieux des organes thoraciques et circulatoires ne permit pas non plus d'envisager l'Angine de Poitrine comme dépendant d'une lésion locale du cœur ou des vaisseaux. Le malade fut soumis à un traitement par le bromure de potassium et les inhalations d'oxygène ; mais la cessation de l'habitude de fumer suffit pour faire disparaître rapidement les accidents angineux.

On a pendant bien des années nié que l'Angine de Poitrine tabagique put déterminer la mort, mais depuis quelque temps cette terminaison fatale se reproduit trop souvent pour qu'on ne reconnaisse pas que c'est là une des causes les plus sérieuses d'*Angor*, et d'un *Angor plutôt grave que léger*.

Sur huit cas que Beau avait cités, nous avons dit qu'il avait observé deux morts ; Liébault (1), Colson (2), Nothnagel et Ros-

(1) Liébault. — Th. de Paris 1851, p. 23.

(2) Colson. — Journal contre l'abus du tabac, 1878, p. 248.

(3) Nothnagel et Rossbach. — Matière médicale, trad. française 1880, p. 649.

bach (3), citent des cas de mort chez des individus faisant un abus excessif de tabac ou ayant passé leurs nuits dans des chambres hermétiquement closes et pleines de fumée. M. Siredey a vu deux malades mourir à l'âge de trente-huit et cinquante ans d'Angine de Poitrine nicotique sans complication d'alcoolisme ni de lésions du cœur. Voici une observation plus récente de Richter citée par M. Huchard où le malade succombe (1) :

OBSERVATION CXX

(In Huchard. — Mémoire cité, p. 474)

Les symptômes de nicotisme se manifestèrent dès 1876 par des symptômes d'irritation spinale, par des douleurs rachidiennes très vives avec irradiations dans les cuisses, tremblement, secousses musculaires, etc. En 1877, vertige avec constriction céphalique, inaptitude au travail intellectuel, somnolence, amblyopie. Puis le malade perdit l'appétit, subit un amaigrissement notable, fut pris d'une sensation de pesanteur à l'epigastre avec douleurs galtralgiques intenses surtout après les repas ; il devint sujet à des palpitations très pénibles qui le réveillaient la nuit, mais qui survenaient aussi le jour au moindre effort musculaire. Pendant ces accès, il était en proie à une anxiété précordiale très pénible avec douleur extrêmement vive en arrière du sternum, sans que l'auscultation fit reconnaître autre chose qu'une grande faiblesse des bruits du cœur. La sensation de constriction du thorax était telle, que la poitrine paraissait étreinte dans des cercles de fer. Au commencement de janvier 1878, le malade s'éteignit paisiblement sans avoir de convulsions. L'autopsie fit constater une anémie très prononcée des centres nerveux et des méninges. Le cœur était mou, sans consistance, petit, et ne renfermait pas le moindre caillot. Pas d'autres lésions (l'examen microscopique des centres nerveux n'a pas été pratiqué).

Le Dr Letulle a également observé une Angine de Poitrine suivie de mort que voici :

OBSERVATION CXXI

(In Huchard. — Mém. cit. p. 477.)

Tabagisme. — Troubles digestifs. — Angine de Poitrine. — Mort subite

M. L..., quarante-deux ans, ancien officier, excellente santé antérieure, aucune maladie, aucun excès alcoolique, contracte dès dix-huit ans la fâcheuse habitude de la cigarette, et pendant une vingtaine d'années fume journellement soixante à quatre-vingts cigarettes de caporal.

Vers trente-neuf ans, vives contrariétés, chagrins profonds. La guerre franco-allemande le décide à organiser un corps de francs-tireurs. Pendant trois mois, il vit en partie double : la nuit en embuscades; le jour, maire d'une ville impor-

(1) Richter. — *Ueber chronische Nicotinvergiftung durch abusus im cigarrenrauchen* (*Arch. f. Psych und Nervenck* 1879.

tante de l'Ouest occupée à plusieurs reprises par les Allemands. En 1871, chagrins domestiques prolongés; se sépare de sa femme.

En 1872, première attaque d'Angine de Poitrine survenant après une période de troubles digestifs tenaces, inappétence, dyspepsie flatulente ; continue cependant ses excès tabagiques.

En juin 1873, mort subite après le déjeuner ; quelques malaises vagues l'avaient décidé à faire sa sieste après le repas ; on le trouve mort sur son lit dans l'attitude du sommeil.

Autopsie. — Intégrité absolue de tous les organes. Les centres nerveux et le cœur ont été examinés avec la plus minutieuse attention.

Le cœur en particulier n'offrait aucune trace d'altération valvulaire. Les artères coronaires ont été ouvertes et étaient perméables et vides. L'aorte, parfaitement souple, nullement athéromateuse, n'est pas épaissie ; l'orifice est suffisant.

Les reins, le foie, la rate, l'intestin et l'estomac étaient sains, ce dernier organe rempli d'aliments en voie de digestion.

La cause de la mort subite nous a paru devoir être imputée à une crise d'Angine de Poitrine terminée brusquement par syncope : le malade, souffrant, était monté se déshabiller et s'était étendu sur son lit. La syncope ne l'a donc pas saisi subitement. Aucun désordre dans l'attitude du cadavre ou dans l'état des objets environnants ne pouvait donner à supposer qu'il y avait eu lutte contre la mort imminente ; d'ailleurs aucune lésion imputable à une asphyxie par suffocation. Pas de trace de poison ingéré.

Dans l'observation suivante d'*Angor* tabagique, due à l'obligeance de mon confrère et ami, le Dr Thermes, de Paris, nous voyons la persistance du malade à vouloir rester dans un milieu délétère déterminer des accès suivis également de mort.

OBSERVATION CXXII

(Inédite. — Dr Thermes, de Paris)

Diathèse rhumatismale. — Intoxication nicotinique. — *Angina major.* — Aortite
Mort subite.

M. X..., âgé de soixante et un ans, a eu de vingt-cinq à quarante ans, deux attaques subaiguës de rhumatisme articulaire, sans complications cardiaques et péricardiaques. En dehors de quelques poussées, de loin en loin, de douleurs rhumatoïdes légères, la santé générale resta très bonne. Cette diathèse rhumatismale est greffée sur un tempérament nerveux. M. X... est, en effet, facilement impressionnable et même irritable. Il n'a jamais eu de syphilis, ne fait pas d'excès alcooliques, ne fume pas, mais prise très modérément ; il vit sobrement et régulièrement.

Vers l'âge de cinquante-cinq ans, à la suite de la perte d'une partie de sa fortune, le nervosisme s'accentua : irritabilité, accès de colère, insomnie. Le bromure de potassium et l'hydrothérapie furent prescrits avec succès.

Un an après, en 1866, M. X..., d'une grande énergie morale, voulant réparer ses pertes d'argent, se remit résolument au travail. Il se livra surtout à la vente en gros et en détail du tabac en feuilles.

A partir de ce moment, il lui parut que sa santé, jusque-là bonne, baissait un peu. Il pâlit légèrement, accusa de l'essoufflement passager et se plaignit particulièrement de douleurs précordiales subites et rapides, mais non durables. On pensa tout d'abord à une névralgie intercostale gauche de nature rhumatismale et le traitement fut dirigé en conséquence : liniment calmant, potion à l'iodure de potassium. Cependant, ni l'état local, ni l'état général surtout, ne s'améliorèrent.

En 1867, M. X... se livra plus que jamais à la vente du tabac. Dans son magasin, large de dix mètres environ, sur une profondeur de douze mètres, ainsi que nous l'avons constaté, étaient rangés sur deux lignes parallèles et de chaque côté, dix à douze boucauts de tabac en feuilles, ouverts à leur partie supérieure et sur les côtés. Chaque fois — et c'était fréquemment dans la journée — qu'une vente de tabac avait lieu, il fallait tout d'abord arracher les feuilles pressées les unes contre les autres, et bien qu'on eût soin de mouiller très légèrement les branches supérieures, de façon à en faciliter l'enlèvement sans briser feuilles et nervures, il n'y avait pas moins déchirure de quelques parcelles plus ou moins petites qui voltigeaient dans l'air, sans compter la poussière de tabac qui se trouvait au-dessous et provenait de la compression des feuilles. Et M. X... faisait ce travail lui-même. Nous ajouterons que l'atmosphère de ce magasin était saturée de tabac et qu'en y entrant, une odeur âcre et vicieuse était perçue et vous prenait au pharynx.

Enfin, pour combler la mesure, et malgré les conseils de son médecin et les nôtres, M. X... eut la mauvaise inspiration de s'installer complétement dans son magasin, il est vrai, au premier étage, mais là encore, dans une pièce voisine, se trouvaien tà air libre des échantillons assez nombreux de tabac américain.

De cette époque, juillet 1867, la maladie s'aggrava. Le malade pâlit davantage, les douleurs intercostales s'accentuèrent. Puis, un soir, M. X... se plaignit subitement d'une douleur au niveau du cœur, s'irradiant vers la partie supérieure gauche et médiane du sternum, gagnant l'épaule gauche, le dos, le bras jusqu'au coude. Les douleurs du dos paraissaient particulièrement violentes. A cette douleur s'ajoutèrent : malaise, angoisse, gémissements, sensation et sentiment de défaillance.

Prescription : Cataplasmes laudanisés *loco-dolenti*, une pilule d'extrait thébaïque de cinq centigrammes, vésicatoire à la région précordiale.

Dans l'intervalle, potion à l'iodure de potassium, alternée avec le bromure de potassium.

Il nous fut alors donné, comme parent, de suivre de très près le malade, de concert avec le médecin habituel de la famille.

A quelque temps de là (septembre), une nouvelle crise eut lieu, revêtant tous les caractères de celle déjà décrite. Toutefois, la pâleur du visage nous semble plus accentuée, l'angoisse plus poignante et la douleur, au dire du malade, toujours plus grande au dos, le long de la colonne vertébrale, s'irradiait dans le bras, l'avant-bras et la main gauche, en suivant nettement le trajet du nerf cubital. Il y eut plus : si la percussion ne nous révéla rien du côté de l'estomac et du foie, si combinée à l'auscultation, elle ne nous décela rien de notable dans les poumons, il n'en fut pas de même en ce qui concerna le cœur. A la

palpation, il est vrai, pas de frémissement ; à la percussion, pas d'hypertrophie cardiaque, mais à l'auscultation, bruit de souffle un peu rude, à intensité croissante à mesure qu'on s'approche de l'aorte. Ces deux bruits sont perçus le long du sternum et dans le deuxième espace intercostal droit, avec le même timbre et sans aspiration au second temps. En arrière et à droite le souffle est atténué.

Il y a inégalité et intermittence de pouls. Enfin, dans ce même espace intercostal droit, près du sternum, il n'y a pas de tumeur apparente, pas de claquement.

Nous diagnostiquons : Angine de Poitrine avec affection aortique.

Cependant, il était indiqué avant tout, de calmer et d'apaiser l'élément douleur. Nous faisons donc nouveauté à cette époque et dans ce pays de Martinique, une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine de un centigramme. Nous ne connaissions pas encore les inhalations de nitrite d'amyle.

Enfin vint l'accalmie. La médication bromo-iodurée fut instituée, L'iodure de sodium n'était pas encore en honneur. De petits vésicatoires furent successivement appliqués sur les régions précordiales, pré-sternale et cervico-dorsale ; nous essayâmes de lutter par des toniques contre la dyscrasie sanguine, et nous insistâmes énergiquement pour soustraire le malade à l'influence mortelle de cette intoxication nicotinique. Nous étions en effet persuadés tous deux, mon confrère et moi, qu'un nouvel accès d'Angine de Poitrine emporterait subitement M. X...

Malheureusement, cette décision de s'en aller ne put être prise par le malade du jour au lendemain ; M. X..., tout en promettant de nous obéir, voulut d'abord mettre ordre à ses affaires, sans quitter son magasin, sans même se décider à abandonner son appartement. D'ailleurs, une fois la crise passée, l'énergie morale reprenait le dessus, les forces physiques, quoique affaiblies et chancelantes, permettaient néanmoins au malade de reprendre en partie ses occupations ; il allait, il venait, mais restait dans son milieu délétère.

Une nouvelle attaque — avertissement suprême — eut lieu plus forte que les précédentes. M. X... sentit, dit-il, sa vie un instant suspendue ; il revint cependant de sa syncope ; toutefois, comprenant qu'il était perdu si un nouvel accès survenait, il se résigna sans plus tarder à tout quitter : appartement, magasin, affaires. Mais il était trop tard ; les forces, en effet, avaient rapidement décliné ; une pâleur extrême avait envahi le visage et frappait tous ceux qui approchaient de M. X... ; il était visible pour tous que ce malade ne supporteraitpas une nouvelle crise. « *Hœret lateri lethalis arundo.* »

Cependant tout était prêt pour le départ, quand vers onze heures du soir, en février 1868, on entendit M. X... appeler au secours, puis, plus rien.

Nous arrivâmes en toute hâte, et nous trouvâmes M. X... assis dans son fauteuil, le visage excessivement pâle, la bouche légèrement entr'ouverte, laissant voir sur les lèvres un filet de sang décoloré et fluide. M. X... était mort foudroyé instantanément.

Quelle part faut-il faire dans ce cas, à la diathèse rhumatismale ? Quelle a été l'influence du nicotinisme ?

La première, en amenant l'usure précoce des épithéliums, en favorisant l'athéromasie artérielle, en déterminant la lésion aortique, a sans doute préparé le terrain ?

La seconde, intoxication nicotinique, a favorisé le développement du germe morbide et directement provoqué l'éclosion de l'Angine de Poitrine ? Celle-là a été, ce nous semble, la cause prédisposante ; celle-ci la cause déterminante, mais sans l'intoxication tabagique, il est plus que probable que jamais l'*Angor* n'aurait tourmenté ce sujet. Et ici, l'hygiène thérapeutique n'eut-elle pas été plus puissante que les médicaments eux-mêmes ?

Ces nombreuses observations montrent que l'abus du tabac, surtout chez les tempéraments nerveux et lorsque les sujets sont débiles, maladifs ou dyspeptiques, occasionne d'abord des palpitations puis des intermittences, de l'arythmie et enfin des accès d'Angine de Poitrine tantôt ébauchée, incomplète (ou fruste), caractérisée par une douleur peu aiguë et par cette gêne respiratoire qui est plutôt l'asthme nicotique que l'Angine, tantôt par le symptôme essentiel de cette maladie, une douleur aiguë profonde s'irradiant plus souvent à l'épigastre qu'au bras, mais présentant tous les caractères de la maladie de Rougnon-Heberden et entraînant assez souvent la mort.

Nous examinerons plus loin à notre chapitre pathogénie de quelle manière le tabac amène des résultats si graves, et la marche mystérieuse de ce véritable poison du cœur.

3° Angine de Poitrine Théique et Caféique

C'est en Angleterre et en Amérique où on use si largement du thé comme boisson ordinaire ou comme prétendu digestif à la fin des repas, qu'on a reconnu qu'une consommation excessive de cette infusion donnait lieu à des accidents variés qu'on a groupés sous le nom de *théisme*.

On a des données assez précises sur ce qu'on pourrait appeler le *théisme aigu*, observé sur des sujets qui ont absorbé coup sur coup des quantités considérables de thé, ou encore comme maladie professionnelle chez les dégustateurs (Morton) ; mais on était moins éclairé sur les accidents qu'entraîne chez certaines personnes l'usage prolongé du thé comme boisson alimentaire ou d'agrément. M. William N. Bullard s'est livré (1) à des recherches patientes et minutieuses sur un grand nombre de sujets adonnés à cette boisson, et il démontre que toute une série d'accidents, souvent difficiles à dépister, est imputable à l'usage du thé. La statistique porte sur le chiffre

(1) N. Bullard. — The Boston médic. and Surg.-Journ. 1886. — P. 14.

assez imposant de 163 cas : le plus grand nombre des malades sont des femmes, de beaucoup; viennent ensuite quelques enfants et un petit nombre d'hommes. D'une enquête, qui a pu être poursuivie avec une précision suffisante sur 74 de ces sujets, il résulte que les symptômes d'intoxication n'apparaissent guère que lorsqu'on arrive à consommer près de cinq tasses de thé par jour.

Les médecins américains sont les premiers qui ont remarqué des palpitations dans tous les cas graves, mais moins souvent de l'irrégularité dans les pulsations cardiaques. Les *palpitations théiques* ont du reste été signalées depuis longtemps. M. Potain (1) dans une de ses plus belles leçons cliniques de l'année 1885, a insisté sur leurs caractères, et M. Henri Huchard, dans un récent travail, a montré aussi leur valeur clinique (2). Ce dernier auteur en a observé trois cas dont il rend responsable l'habitude américaine du *five o'clock* importée à Paris dans divers quartiers, et surtout dans le quartier des Champs-Élysées.

Vers ce moment de la journée, les dames montent en voiture pour se promener et se visiter. Or, toute maison qui se respecte a sur une table des pâtisseries, de la confiture, et le samovar rempli d'un thé exquis.

On se fait une visite d'un quart d'heure pendant laquelle on se bourre de friandises ; plusieurs tasses de thé sont prises coup sur coup pour précipiter ces pâtisseries indigestes ; on échange les nouvelles du jour, et après avoir égratigné gracieusement ses amis, on se sépare avec force serrements de mains pour remonter en voiture, aller visiter d'autres voisins et ingurgiter à nouveau des bonbons et force tasses de thé.

Si le tempérament des personnes adoptant cette coutume américaine ne penche pas du tout vers la neurasthénie, on ne tarde pas à ce jeu là à devenir d'une obésité un peu ennuyeuse, mais qu'on s'accoutume, pour ne pas renoncer à des usages aussi distingués, et à une occupation si importante, à porter vaillamment. Et, en effet, jusqu'à vingt ou vingt-cinq ans, cette obésité, à moins qu'elle ne soit exagérée, n'a rien de bien désagréable, mais quelques années après, ce n'est plus de l'embonpoint, c'est une difformité fort disgracieuse à laquelle on remédie fort difficilement. Telle est de nos

(1) Potain. — *Semaine Médicale* 1885.

(2) H. Huchard « du Théisme et de l'Angine de Poitrine théique » (*Soc. de thérap.*, 1886).

jours, avec l'absence de promenades à pied, la cause produisant ordinairement ces monstruosités ambulantes que l'on rencontre à Paris, n'ayant de la femme que la robe et le chapeau.

Si les personnes abusant du thé ont au contraire une prédisposition à la neurasthénie ou à l'arthritisme, ou une idiosyncrasie particulière, si elles ont commencé l'usage du thé de bonne heure, si elles sont jeunes, anémiques, si leur organisme est débilité par les veilles, les fatigues de la danse, le bal ou le manque d'exercice, s'il y a en un mot chez elles du surmenage ou une alimentation insuffisante, les manifestations morbides s'accentuent et succèdent bientôt à cet état de bien-être comparable à la sédation morphinique, que procurait dans les premiers temps, l'usage de cette infusion et qui leur en faisait rechercher l'usage.

Au début, ainsi que le dit le Dr Ch. Éloy (1), sous l'influence du thé, l'intelligence devenait plus pénétrante, la pensée plus lucide, l'aptitude mentale plus active et la puissance musculaire plus vive.

Mais avec l'accoutumance et l'exagération des doses « le théique subit une dépression psychique et physique, il éprouve une sorte d'affaissement de l'intelligence et un accroissement pénible de son impressionnabilité nerveuse ; il est devenu cérébro-sthénique. En même temps l'estomac se prend, il survient de l'inappétence, de l'oppression à l'épigastre, du malaise, des nausées, des vomissements après les repas, en un mot, une dyspepsie nerveuse accompagnée d'une douleur au côté gauche.

En second lieu, apparaissent des troubles de l'appareil circulatoire, consistant surtout en des palpitations et de l'irrégularité des battements du cœur ; la douleur du côté gauche devient plus vive et finit un beau jour par s'accompagner d'une dyspnée cardiaque. Bientôt, si le théique ne cesse pas l'usage de cette boisson, il survient de véritables accès d'Angine de Poitrine, ainsi que je l'ai dit plus haut.

Ces troubles de la circulation sont accompagnés, mais le plus souvent précédés par des symptômes révélant de la faiblesse irritable *(irritable weakness)*. Le théique a de la fatigue psychique et somatique, un dégoût profond pour tout travail intellectuel ou manuel, il dort mal ou peu, des hallucinations et des terreurs nocturnes interrompent son sommeil, il a de la céphalalgie et une émo-

(1) Dr Eloy. — Maladie des buveurs de thé, *in Union Médicale*, 5 juin 1886.

tivité excessive (1). Il redoute tout éclat de bruit et de lumière. En éréthisme permanent, il réagit avec violence contre les moindres excitations ; de là, ces sensations de malaise, cette impatience, cette irascibilité, cette agitation, cette fatigue générale qu'éprouvent les deux tiers des malades. » On comprend combien cet état permanent de neurasthénie facilite et prépare les accès d'*Angor Pectoris.*

Du reste, la plupart des sujets malades appartiennent au sexe féminin.

D'après M. Éloy, les troubles *cardio-vasculaires* se rencontrent chez la moitié des théiques ; ils sont donc fréquents. Dans une famille de quatre femmes, où l'usage du thé est habituel, il a constaté sur trois d'entre elles des palpitations, de l'arythmie, de la dyspnée cardiaque ; l'une succomba à une cardiopathie avec manifestations angoreuses ; les autres, depuis trois ans, ne présentent encore que des symptômes fonctionnels sans lésions apparentes de l'endocarde ou du myocarde.

Quant à l'*Angine de Poitrine caféique* elle est encore plus rare que l'*Angor* théique, et je crains bien que sous ce titre, on ait observé une Angine de Poitrine due plutôt à l'abus du tabac qu'à l'abus du café.

Remarquons, en effet, combien il est rare qu'un grand amateur de café ne soit pas en même temps un fumeur obstiné. Au point de vue des habitudes sociales de notre époque, il semble que la pipe ou la cigarette sont l'accompagnement obligatoire d'une tasse de café. Sans le tabac, on ne savourerait pas ce dernier avec les mêmes délices, avec une jouissance aussi intime, aussi profonde ; ce sont deux plaisirs jumeaux pour ainsi dire, et c'est ce qui me fait croire que les *Angors* attribués à l'abus du café sont surtout nés sous la dépendance et l'influence bien plus active, bien plus nocive du tabac.

Un mot, en terminant ce qui a trait aux prédispositions de l'Angine de Poitrine occasionnées par le théisme ou le caféisme, c'est qu'en réalité, cette influence est bien peu considérable et se manifeste rarement eu égard au nombre considérable de personnes qui

(1) Dr Eloy. — Article cité.

usent et abusent de ces deux boissons, ou plutôt, si l'on en croit ceux qui les aiment avec passion, *de ces nectars*.

En réalité, pour que des symptômes angoreux se produisent, il faut certaines prédispositions et faire un excès répété, continuel de ces deux boissons.

Ceci est surtout vrai pour le thé, à la fois plus excitant et moins diurétique, tandis que d'après M. Péter (1) « le café à petites doses et donné par quarts de tasse, deux à trois fois par jour, stimule agréablement l'estomac, même celui des malades, excite le système nerveux d'une manière bienfaisante et provoque enfin la diurèse. »

M. Péter présageait donc ou devinait les effets thérapeutiques bienfaisants de la caféine, si bien étudiés par M. Huchard et dont on se loue tant aujourd'hui dans les affections sérieuses du cœur quand l'organe est débilité et manque de ressort.

Même à hautes doses, le café, d'après ce que nous lisions dernièrement dans un compte-rendu de la *Société de Biologie* (2) ne provoque guère le spasme du cœur. Voici, à cet égard, les opinions de divers praticiens.

« M. Laborde communique l'observation d'un homme de lettres » qui prenait des doses énormes de café très fort ; il éprouvait des » tremblements, de l'excitation nerveuse et des effets aphrodisia- » ques. M. Pouchet parle d'un étudiant en médecine qui prenait » souvent le soir, deux chopes de café très fort. Il éprouvait des » phénomènes analogues à ceux du haschich, plus tard, des verti- » ges et des étourdissements qui disparurent en cessant d'en pren- » dre ; quand il recommença, les accidents reparurent ; en 1870, » sous l'influence du café, ses mains gonflèrent, il cessa, et le gon- » flement disparut. En 1875, travaillant beaucoup, il prenait de » grandes quantités de thé ; il vit alors apparaître des varices aux » jambes, il cessa le thé et les varices disparurent. En 1885, il prit » du café de Zanzibar et les étourdissements reparurent. Il aban- » donna le Zanzibar et les étourdissements cessèrent. L'action du » café était chez lui anti-aphrodisiaque. »

Voilà certainement un sujet bien sensible à l'influence caféique, et cependant il n'est aucunement question chez lui de symptômes d'Angine de Poitrine.

---

(1) Péter. — Leçons de clinique médicale, t. I, p. 249, 1877.

(2) *Gazette des Hôpitaux* 1886, p. 649.

La théine, d'après nous, prédisposerait plus que la caféine à l'Angine de Poitrine, et nous en trouvons la raison dans une étude comparative faite de ces deux substances par le Dr Thomas J. Mays (1).

D'après lui, la théine agit surtout sur les nerfs sensitifs, tandis que l'action de la caféine porte principalement sur les nerfs moteurs ; ce résultat a été démontré sur l'homme par des injections sous-cutanées de ces deux substances données persévéramment.

D'autre part, les effets obtenus chez nos cardiaques par l'administration de la caféine prouvant bien qu'on a en elle un sédatif du cœur et un diurétique aussi puissant que fidèle, enfin la rareté relative de l'*Angor* chez les grands buveurs de café, nos littérateurs anciens (E. Sue, Dumas, Balzac), chez nos écrivains, nos artistes modernes qui en usent et abusent, démontrent encore l'exactitude de notre opinion. Nous ajouterons que M. Guelliot, de Reims, dans son étude sur le *Caféisme chronique* est muet sur les accidents angoreux, et l'on peut se demander si Percival, si Stokes qui les ont signalés, n'ont pas été tout simplement en face de palpitations avec une simple angoisse par répétition trop fréquente des systoles ? Peut-être aussi leurs sujets faisaient abus du tabac. Toutes ces considérations nous font désirer que des faits nouveaux et bien observés démontrent plus clairement que le caféisme favorise l'*Angor Pectoris*.

4° Angine de Poitrine par Ergotisme

Nesley Mills a observé après l'emploi de l'Ergotine des accidents présentant une très grande ressemblance avec l'*Angor Pectoris*. Cela n'est pas impossible, car on a vu de véritables convulsions être dans certains pays pauvres, la conséquence de l'usage d'un pain où extrait du seigle ergoté.

J. Frank rappelle aussi que lorsque le malade se nourrissant de cette sorte de pain, travaille ou mange, il éprouve tout-à-coup de *l'angoisse, de l'oppression* et quelquefois tombe à terre comme frappé d'apoplexie, et que revenu à lui, il se plaint d'une douleur de tête intolérable et de *cardialgie*.

5° Angine de Poitrine d'origine Oxy-Carbonique

M. Renaut (2), a observé dans certains cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone, des irrégularités dans les battements du

(1) Dr Thomas J. Mays, *Médical News*, avril 1886.

(2) J. Renaut. — *Lyon Médical*, 1er n°, 1880.

cœur, faux-pas, arythmie, pâleur, tendance à la syncope, angoisse et douleur sternale ressemblant à l'*Angor Pectoris*.

Nous avons relaté précédemment (page 140,) l'observation de M. le Dr Renaut, où le séjour dans un milieu plein de vapeurs d'oxyde de carbone et une anémie extrême ont occasionné des accès d'*Angor Pectoris* suivis de mort. Voici une seconde observation du même auteur, où cette même cause peut revendiquer un certain rôle mais moins évident.

OBSERVATION CXXII
(Résumée. — J. Renaut)

Pamard, François, âgé de soixante-sept ans, forgeron, entré le 27 novembre 1875 à la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 18 bis. Ce malade est frère d'une asthmatique, il est lui-même atteint comme deux de ses sœurs d'ichtyose congénitale. Il n'a pas eu de rhumatismes fébriles, mais seulement de fréquentes douleurs obscures des jointures qui ne l'empêchent pas d'ailleurs de travailler. Il y a neuf mois, cet homme a été pris subitement d'accès d'étouffement avec sensation de constriction épigastrique et presternal extrême, s'accompagnant d'anxiété considérable, d'impossibilité de parler pendant l'attaque, et d'une grande pâleur du visage. Le tout dure trois ou quatre minutes et se termine par une violente palpitation qui sert comme de crise à l'accès. Ces attaques de sternalgie se sont renouvelées à partir du début trois fois avec huit jours d'intervalle.

L'examen des appareils montra qu'il existait une aortite athéromateuse, une légère insuffisance mitrale et une albuminurie notable. Le malade quitta la clinique le 4 décembre 1875 sans avoir eu de nouveaux accès d'Angine de Poitrine. Il était à son entrée pâle et anémique à l'excès, et l'était encore à sa sortie.

Comme le dit avec raison M. Renaut, l'aortite, l'insuffisance mitrale et l'albuminurie font plus que légitimer dans ce cas, les accès d'*Angor*. Il y a lieu de se demander cependant si en continuant son état de forgeron après son attaque de rhumatisme et en séjournant constamment dans la forge, ce sujet n'a pas facilité l'apparition à nouveau des accès. « En effet, le cœur était alors malade et constituait un lieu de moindre résistance ; l'action des vapeurs de charbon était évidemment nuisible dans ce cas plus que dans tout autre, et peut-être a-t-elle agi comme cause déterminante de la névralgie cardiaque. »

J'ai été témoin, en 1859, d'un fait pareil dans un évènement grave

survenu à la fonderie de canons de la marine de Ruelle, où j'étais chirurgien-major, évènement qui mérite de trouver place ici (1) :

OBSERVATION CXXIII

(PERSONNELLE)

Angine de Poitrine oxy-carbonique

Le 18 septembre 1859, cinq hommes chargés de surveiller le haut fourneau de la Fonderie de Ruelle, furent pendant leur sommeil asphyxiés par des vapeurs de charbon poussées de la plate-forme du haut fourneau, dans la chambre qu'ils occupaient. Quand on vint les appeler pour reprendre leur quart, aucun d'eux ne répondit, ils étaient complétement asphyxiés et quatre d'entre eux étaient morts. Le cinquième, un nommé Tardat, âgé de trente et un ans, semblait vivre encore. Je le saignai au bras; un sang noir visqueux, désoxygéné coula en bavant, mais en pressant patiemment chaque veine, en remontant du poignet au coude, en remuant les doigts de l'avant-bras, il vint un peu plus aisément, et il s'en écoula ainsi près de deux verres. Quatre hommes frictionnèrent ensuite énergiquement ses quatre membres ; l'insufflation, la respiration artificielle, la flagellation furent constamment mises en œuvre, et enfin mon oreille put distinguer quelques mouvements du cœur ; puis un peu d'air s'introduisit dans les poumons. Nous redoublâmes d'efforts ; abaissant la base de la langue, j'introduisis de force quelques cuillerées d'une potion cordiale d'acétate d'ammoniaque et de liqueur d'Hofmann. Enfin la respiration costo-supérieure se dessina et s'opéra faiblement d'elle-même. Mais Tardat restait dans un coma profond, absolu ; évidemment le sang qui irriguait le cerveau était encore de mauvaise qualité et ne le stimulait plus ; ni cris, ni appel de son nom, ni pincement, ni sinapismes aux extrémités, ne purent dans la journée le faire sortir de ce sommeil de plomb ; néanmoins, il vivait. A midi, je fis une seconde saignée, le sang était moins visqueux, moins noirâtre. A trois heures, je mis des sangsues aux malléoles internes, le pouls se percevait aux radiales ; la face, de livide qu'elle était restée, s'animait un peu ; cependant le coma persistait toujours quoique moins profond ; le soir, le malade remuait légèrement quand on lui enfonçait une aiguille dans les chairs, le cœur battait lentement et avait souvent des faux-pas. Ce ne fut que le second jour que Tardat ouvrit le matin les yeux et promena un regard atone, hébété, sur tout ce qui l'entourait, balbutiant quelques paroles sans suite, puis s'endormant de nouveau. Pendant la journée, des révulsifs furent entretenus constamment sur tous les membres, les cordiaux continués, une nouvelle application de sangsues fut faite aux malléoles, on lui donna plusieurs lavements de séné et de sulfate de soude ; enfin, je pratiquai à plusieurs fois le cathétérisme, pour éviter l'urémie. Toutes les fonctions sommeillaient en effet chez lui et avaient besoin d'être sollicitées.

---

(1) Dr Gélineau. — Empoisonnement par les vapeurs de charbon. — Cinq hommes asphyxiés. — Quatre morts. — Delahaye et Crosnier, Paris. — Voir aussi *Journal d'Hygiène*, juillet 1886.

Le mieux se dessina encore dans la troisième journée ; le pouls s'était relevé, tout en ayant encore des défaillances, mais Tardat disait quelques mots sensés, quand le soir, à huit heures, sa femme m'envoya chercher me faisant dire que son mari étouffait et qu'il se plaignait vivement du cœur. J'accourus ; il était sur son séant, dans son lit, se faisant soutenir dans cette position, sa figure révélait une vive souffrance ; interrogé sur l'endroit qui lui faisait mal, il m'indiqua la région sternale. Il geignait constamment, mais sans articuler de paroles. Je lui demandai s'il ressentait au bras gauche des élancements, il me fit signe que non ; s'il se trouvait engourdi et lourd, il m'indiqua de la tête que oui ; j'avais donc devant moi un accès d'Angine de Poitrine occasionné sans doute par les irrégularités cardiaques ou l'effet du poison ayant anémié le myocarde ; quoi qu'il en fût, je lui appliquai *loco dolenti* trois ventouses scarifiées et lui fis prendre et respirer de l'éther en abondance,

L'accès dura dix minutes en tout, et comme le cœur continuait à être arythmique, et que des impulsions désordonnées succédaient à ces temps d'arrêt, comme s'il y avait eu quelque obstacle à la circulation cardiaque, je prescrivis une infusion de digitale à continuer dans la nuit.

La douleur aiguë qu'il avait ressentie au sternum avait sans doute fait une diversion sur son état cérébral, car à dater de ce moment, Tardat donna quelques preuves d'intelligence. Le lendemain, il eut cependant un nouvel accès d'angine dont je ne pus voir que la fin, mais qui fut moins long et moins violent, et resta le dernier. Je dois noter cependant que son cœur demeura depuis dyssystolique, le malade étant essoufflé aussitôt qu'il marchait vite et au moindre travail : il est donc certain pour moi que, à cette occasion, cet organe a reçu une impression ou pour mieux exprimer ma pensée, un stigmate ineffaçable soit sur le plexus cardiaque, soit sur l'endocarde.

Son empoisonnement laissa encore en lui d'autres traces qui ne se dissipèrent jamais. De bon ouvrier, actif, intelligent, qu'il était auparavant, il devint mou, triste, replié sur lui-même et dans l'impossibilité souvent d'associer deux idées ; il parlait lentement, ne se plaignant guère, mais ne se réjouissant jamais, indifférent à ce qui se passait autour de lui. Souvent il perdait la memoire et la conscience de lui-même. D'autre part, ses mouvements devinrent, de même que sa pensée, d'une extrême lenteur : ses membres restèrent comme parésiés, presque insensibles, de telle sorte qu'on fut obligé de le mettre à la réforme ; on lui accorda donc une pension de retraite, et c'était justice, car Tardat, après son accident n'était plus un homme, c'était un être végétatif, ne retrouvant l'usage de la parole que pour exprimer les besoins les plus indispensables de l'existence.

J'ai appris depuis qu'il s'était éteint doucement, huit ou dix ans après ce fatal évènement.

4° Angine de poitrine Paludéenne

L'Angine de Poitrine peut-elle être parfois une des manifestations de l'*impaludisme*, a écrit M. Huchard (1) ? Le fait n'aurait rien qui

(1) H. Huchard. — Des angines de poitrine, *in Revue de méd.* p. 673.

dût nous étonner, et depuis qu'on a cité l'existence des troubles vaso-moteurs, de la syncope locale des extrémités dans l'empoisonnement paludique, on comprend bien que des ischémies viscérales puissent survenir et affecter plus particulièrement le cœur. Nous n'avons cependant trouvé qu'une seule observation, due à M. Moursou, dans laquelle les attaques d'angine de poitrine survenaient après les frissons de l'accès de fièvre chez un paludique atteint d'asphyxie locale des extrémités.

Voici du reste cette observation intéressante :

OBSERVATION CXXV

(RÉSUMÉE)

Dr MOURSOU — médecin de 1re classe de la marine (1)

Accès de fièvre intermittente. — Accès d'Angine de poitrine, survenant après les frissons de l'accès de fièvre. — Asphyxie locale des extrémités.

Le 5 septembre 1879 le nommé Santucci, vingt-deux ans, au service depuis dix mois, entre à l'hôpital, pour embarras gastrique.

A son arrivée à l'hôpital on constate des phénomènes typhoïdes (céphalalgie lumbago, vertiges, épistaxis, fièvre, coliques, ventre douloureux etc.), et des températures variant de 37° à 39°8.

Il se plaint depuis la veille d'engourdissement et de fourmillements dans tout le membre supérieur gauche et dans la partie correspondante, la pression est douloureuse au niveau des insertions inférieures du diaphragme et de la fosse sus-claviculaire gauche, diminution de la sensibilité de tout le membre supérieur gauche. Après une injection de morphine, disparition de ces accidents.

Le malade attribue ces symptômes à une fièvre intermittente quotidienne, contractée dans les marais de la Corse il y a un an ; au quatrième accès, il a ressenti après les frissons une *vive douleur contusive* partant de l'épaule gauche pour se répandre dans le bras et une autre douleur du même genre au côté gauche de la poitrine, s'étendant parfois jusqu'au pied qui devenait froid, cyanosé et se couvrait de sueur.

Ces souffrances durèrent quinze jours, puis la santé redevint excellente sous l'influence de bains généraux et du sulfate de quinine.

Sept mois après, retour des mêmes accès de fièvre et d'angine de poitrine qui cédèrent encore une fois au sulfate de quinine après quinze jours de durée.

Enfin au bout de l'année, rechute en septembre, la rate est hypertrophiée.

Le 11, on constate avec une température normale, un nouvel accès d'angine de poitrine, engourdissement de tout le membre supérieur gauche, avec anesthésie et refroidissement des extrémités digitales, cyanose de la face et pâleur des téguments ; les pressions exercées au niveau du paquet vasculo-nerveux de la partie interne du bras et le long du nerf phrénique sont douloureuses.

(1) Archives de *Médecine navale* 1884.

Le 14, douleur très vive à la partie supérieure du deltoïde gauche, larmoiement considérable de l'œil de ce côté et injection oculaire, l'irritation s'étend donc au grand sympathique.

Le 16, points névralgiques à l'appendice xyphoïde et à la sortie du nerf circonflexe gauche. Les pressions exercées au niveau du sous-clavier sont douloureuses. Sueur abondante sur la moitié latérale gauche du tronc et de la tête, aux membres supérieurs et inférieurs correspondants, avec pâleur et refroidissement des téguments. La pulpe des phalanges unguéales est fortement plissée et présente de chaque côté de petites fossettes.

Le malade a ensuite plusieurs accès d'angine de poitrine très violents ; dans un de ces accès, le larynx se paralyse un moment, les bruits du cœur sont précipités et le bruit du premier temps à la base, à deux travers de doigt du sternum est rapeux. Un de mes collègues croit voir des signes d'endocardite et de dilatation aortique. Le fait n'aurait rien d'étonnant à la suite de l'intoxication palustre (Hamernick, Dutrouleau); rien dans les carotides, le pouls est vibrant, régulier ; mais dans les accès on a constaté de l'intermittence et de l'irrégularité.

Le malade est envoyé le 8 octobre en convalescence.

7° Angine de Poitrine Saturnine, Hydrargyrique et Morphinique

Nous nous demandons si dans les intoxications Saturnines ou Mercurielles, l'effet du principe délétère assiégeant l'économie ne pourrait en s'exerçant sur le cœur, ses vaisseaux ou son système nerveux, occasionner l'*Angor Pectoris?* Nous n'en connaissons point d'exemple, mais cela ne nous paraît pas impossible puisque dans le Saturnisme, c'est surtout la partie inférieure du grand sympathique qui est attaquée et prise à partie; de là aux filets cardiaques, il n'y a pas bien loin.

Le Plombisme et l'Hydrargyrisme occasionnent bien des attaques d'Épilepsie ; pourquoi n'occasionneraient-ils pas l'Angine de Poitrine ? Nous ne doutons pas que quelque jour on recueillera des observations confirmatives de ce que nous avançons ici ; il en est de même du Morphinisme qui ne commence à être étudié que d'hier, et qui reconnu aujourd'hui comme un empoisonnement à effets encéphalo-spinaux, peut bien, chez des sujets prédisposés, pousser une pointe du côté du cœur, et le soumettre à l'angoisse caractéristique. Nous sommes, du reste, convaincu que le domaine de l'*Angor Pectoris*, comme celui de l'Épilepsie, ira sans cesse en grandissant ; celle-ci avec le surmènement cérébral de notre époque, celle-là avec

la fréquence des maladies du cœur ! Il est des questions médicales qu'on pose comme un jalon sur une route et qui demandent des années pour être résolues !

L'influence occulte du plomb, du mercure, de la morphine sur le cœur sont de celles-là. Signalée aujourd'hui à l'attention de tous, elle ne recevra une solution qu'avec le temps et l'étude. Elle serait dès à présent démontrée pour le plomb, si on adopte absolument l'opinion émise par l'ancien Directeur du service de santé, M. Lefèvre, au sujet de la colique végétale si souvent observée sous forme épidémique par les médecins qui naviguent. M. Lefèvre croit que cette maladie est uniquement due à l'absorption et au maniement incessant de l'énorme quantité de plomb qu'on trouve à bord des navires. S'il en est ainsi, l'influence saturnine pourrait revendiquer une certaine part dans l'observation d'*Angor Pectoris* (XXVI) observée par le Dr Gasquet et dans les nombreux cas recueillis à bord de l'*Embuscade* où beaucoup de malades avaient eu précédemment des coliques de plomb.

La physiologie serait en faveur de cette opinion.

D'après les expériences de Curci, les sels de plomb ont une action irritante sur le nerf vague. Ils agiraient à la fois sur le centre inhibitoire du cœur et sur les branches terminales intrà-cardiaques ; double influence favorable en apparence aux manifestations angineuses. Sous leur influence, on voit bientôt les battements cardiaques diminuer de fréquence et devenir intermittents. Le bruit systolique diminue de durée, tandis que le bruit diastolique se prolongerait. En un mot, le myocarde serait considérablement affaibli, ischémié, et on comprend théoriquement que le terrain est merveilleusement préparé alors pour l'apparition d'une attaque d'*Angor* ; seulement nous devons le dire, suivant la règle bien connue d'après laquelle chaque médicament ou chaque poison a un lieu d'élection spécial, un organe d'attaque, ce n'est pas du côté du cœur ni des gros vaisseaux que le plomb prend l'offensive. Plutôt que d'assaillir le pneumo-gastrique, il attaque d'habitude le grand sympathique, et surtout ses expansions terminales ; c'est, en fait d'organe, sur l'intestin, la vessie, le pancréas, qu'il frappe à coups redoublés. Ceci explique l'absence d'observation indiscutable d'*Angor Pectoris* d'origine Saturnine.

Il en est de même de l'Angine de Poitrine Morphinique ; théoriquement on peut admettre, en considérant que la morphine, dans la

plupart des cas, agit directement sur le cœur, diminue la pression dans les veines et ralentit les pulsations cardiaques, (professeur Von-Basch, de Vienne) (1), on peut admettre, dis-je, que l'abus de l'opium peut faire naître l'Angine de Poitrine.

La morphine serait, d'après les expériences de Binz, professeur à Bonn (2), *un poison cardiaque*, exerçant en même temps une action manifeste *sur le centre respiratoire*. Dans la narcose par la morphine, dit M. Fick (3), l'action du cœur se ralentit et la diastole est interrompue par des systoles incomplètes qui ne parviennent pas à ouvrir les valvules semi-lunaires ; toutes dispositions éminemment favorables à l'Angine de Poitrine par ischémie ou tout au moins par dyschémie cardiaque. Mais de la théorie à l'existence réelle d'une Angine de Poitrine morphinique, il y a loin, et nous devons bien avouer, que tout en admettant qu'elle est possible chez les morphiomanes, elle est excessivement rare. Nous n'en avons recueilli, malgré nos recherches, qu'un seul exemple ; celui de ce malade anglais, atteint d'athérôme aortique, dont l'observation a été présentée par Sénac, d'une manière dramatique, si saisissante. Buvant un nombre presque illimité de verres de punch, devenu angineux et comprenant un peu tard la pente fatale où son existence allait s'abîmer, il cherche à se corriger et s'adonne à l'abus de l'opium ; bientôt une pinte de laudanum par semaine lui devient nécessaire, et un matin on le trouve mort dans son lit d'un nouvel accès d'Angine de Poitrine.

M. Péter, avec sa haute expérience, accuse dans ce cas, l'opium d'avoir facilité les accès « en produisant, comme le fait le tabac, une décadence prématurée de l'individu et une sénilité anticipée. » Mais cet exemple ne suffit pas pour nous convaincre, et il est à désirer que de nouvelles observations confirment l'existence d'une Angine de Poitrine morphinique. Si l'abus des opiacés peut avoir de semblables résultats, il n'est pas douteux que nous en serons bientôt témoins avec l'usage par trop répandu des piqûres de morphine.

---

(1) Von Basch, de Vienne. — Voir *Semaine Médicale*, 21 avril 1886.

(2) Binz, de Bonn. — Voir *Semaine Médicale*, 21 avril 1886.

(3) Fick, professeur de Physiologie, Wursbourg, *in Semaine Médicale* 1886, p. 158.

8° Angine de Poitrine Albuminurique

Au nombre des Angines de Poitrine toxiques, devons-nous en reconnaître une qui serait occasionnée par la maladie de Bright ? L'idée nous en est venue dernièrement en lisant un travail communiqué à la Société Médicale des hôpitaux par M. Dieulafoy.

Cette communication avait pour but de faire connaître plusieurs cas de mal de Bright sans albuminurie, tous attestés par l'autopsie.

L'une de ces observations a pour sujet une femme entrée à l'hôpital St-Antoine avec un ensemble de symptômes de nature à faire admettre un ulcère stomacal, hématémèses, vomissements incoërcibles, douleur épigastrique et dorso-lombaire ; elle meurt quelques jours après dans un coma qui avait été précédé de convulsions épileptiques. — A l'autopsie, pas de lésion gastro-intestinale — néphrite mixte sans qu'on ait trouvé trace d'albumine dans les urines. Je mentionne cette observation à cause des convulsions qu'elle mentionne. Or, les accidents épileptiformes ne sont point chose nouvelle dans l'albuminurie ; loin de-là. Eh bien, cette fréquence même m'a fait me demander plus d'une fois si, de même qu'il existe une épilepsie albuminurique, il ne pouvait pas exister aussi un *Angor Brighitique*, infiniment plus rare, il est vrai, mais de nature toxique comme sa sœur, et si les effets urémiques du poison ne pouvaient pas se porter quelquefois du côté du cœur ?

J'insiste sur ce point. Il existe entre ces deux maladies : Épilepsie et Angine de Poitrine beaucoup d'analogie comme le disait Trousseau. Emportés par leur foi exclusive dans la théorie de l'ischémie cardiaque et par leur croyance pour ainsi dire absolue dans l'Angine de Poitrine organique qui leur fait dire « hors de là point de véritable Angine de Poitrine, rien que des pseudo-angines, » plusieurs de nos maîtres éminents n'ont peut-être pas réfléchi qu'il y a entre ces deux maladies de nombreux points de ressemblance. La communauté d'origine ou, pour parler plus rigoureusement, la communauté étiologique, est presque la même pour toutes les deux, et nous espérons qu'on nous pardonnera la digression qui va suivre, en raison de la nouveauté de cet aperçu.

Nous avons vu et prouvé qu'il existait un *Angor Pectoris* Névralgique de causes traumatiques ou non, — nous avons montré cette

maladie succédant à une lésion et même à une fatigue des nerfs du bras, à la névralgie intercostale ou à une contusion du thorax. — Mais il est également démontré par les exemples les plus authentiques, les plus positifs, que l'Épilepsie succède souvent à la contusion d'un nerf piqué, blessé, coupé ou meurtri. — Et alors tantôt l'attaque suit de près la lésion, immédiatement même quelquefois. — (J'ai une observation dans laquelle un brave lieutenant blessé dans un duel à l'épée, au sixième espace intercostal, est tombé foudroyé d'une attaque complète d'épilepsie ;) tantôt l'algie nerveuse met deux mois, six mois, un an et plus pour arriver au bulbe et le sidérer. Combien de fois l'épilepsie survient-elle après une contusion au crâne ou une chute sur la boîte cranienne, de même que l'*Angor Pectoris* après la contusion du cœur ou du thorax comprimés entre deux forces opposées ?

Nous avons reconnu l'existence des *Angors Pectoris* d'origine névrosique amenés par l'existence antérieure d'une hypocondrie, d'une mélancolie, d'une maladie mentale, nous avons cité nombre d'observations d'*Angors* gastriques, ou entéralgiques, ou vasomoteurs.

Eh bien l'épilepsie vient aussi, dans des circonstances qui ne sont que trop nombreuses, compliquer ces diverses affections névrosiques et on reconnaît également une épilepsie hystérique, gastrique, neurasthénique, vaso-motrice et maniaque !

Les *Angors diathésiques* nous ont fourni aussi des cas nombreux. Eh bien, l'arthritisme, l'herpétisme, la syphilis, le lymphatisme avec sa sœur, sa compagne fidèle, l'anémie, sont aussi de ferventes pourvoyeuses du mal comitial !

Si nous en venons aux *Angors* d'origine organique en omettant pour un instant les *Angors* toxiques sur lesquels nous allons revenir tout à l'heure à propos de l'infection Brighitique, nous voyons que de même que l'artério-sclérose, l'ossification des artères coronaires et l'inflammation de l'aorte s'accompagnent souvent d'Angine de Poitrine, de même la crétification du tronc basilaire des artères cérébrales, moyennes antérieures et postérieures, détermine souvent l'épilepsie.

Nous avons vu l'anémie, la dyschémie ou l'ischémie du cœur faire naître l'*Angor*, eh bien, les mêmes causes, le même genre de lésions, c'est-à-dire l'anémie ou la dyschémie cérébrale donnent lieu à des convulsions par l'arrêt subit des fonctions des cellules nerveuses !

La stéatose, l'hypertrophie, les embolies, les infractus cardiaques sont suivis d'*Angor* tout comme le ramollissement cérébral, le développement exagéré de la substance grise et de ses vaisseaux, les embolies, les foyers apoplectiformes dont elle est le siège, sont suivis d'épilepsie.

Les inflammations aiguës et surtout chroniques de l'enveloppe du cœur ou péricarde provoquent l'apparition de l'*Angor* sur la scène morbide, de même que l'inflammation, l'épaississement, les adhérences, la suppuration, les dépôts organisés à la surface ou dans l'intervalle des membranes recouvrant le cerveau, déterminent fréquemment le mal comitial.

Et si, maintenant, nous considérons des causes moins profondes mais bien plus mystérieuses dans leur essence et leur mode d'action, les causes toxiques de l'*Angor Pectoris*, nous voyons que là encore il y a des analogies indubitables. — L'alcoolisme fournit un large contingent d'angineux ; ses victimes épileptiques sont encore plus nombreuses. Le plomb, le mercure occasionnent moins fréquemment l'épilepsie ; de nouvelles recherches démontreront plus tard que leurs intoxiqués ont eu à souffrir aussi de spasmes cardiaques. — La malaria, la cachexie paludéenne ont provoqué des accès de sternalgie, elles ont occasionné aussi des attaques du mal sacré.— On reconnaît une Angine de Poitrine tabagique ; je possède par devers moi des preuves incontestables que le nicotisme a provoqué et fait naître l'épilepsie !

Eh bien, si comme nous venons de le voir tout à l'heure, la maladie de Bright a fait souvent éclater le *morbus sacer*, ne pourrait-elle pas donner lieu également à l'*Angor Pectoris*, comme semble le faire croire l'observation suivante ?

OBSERVATION CXXVI

Dieulafoy. — Communication à la *Société Médicale des Hôpitaux.*

(Juin 1866. Résumée.)

M. Dieulafoy constate chez une malade, à son entrée à l'hôpital St-Antoine, une dyspnée très caractéristique, sans signes d'auscultation, sans faciès violacé, sans élévation de la température. *La malade disait avoir éprouvé deux ans auparavant une angoisse précordiale rappelant l'Angine de Poitrine* et des accès de dyspnée dont elle avait été soulagée par le régime lacté auquel elle s'était soumise spontanément. Elle accusait aussi des céphalées violentes, des envies d'uriner fréquentes, des démangeaisons, la sensation du bois mort, surtout au médius et à l'annulaire. Le diagnostic du mal de Bright s'imposait.

Puis, on perçut un bruit de galop du cœur, il se produisit un léger œdème malléolaire. Les urines très rares (200 grammes) ne contenaient pas *traces d'albumine ;* sous l'influence du régime lacté, de lavements diurétiques, la quantité d'urine s'éleva rapidement à 2,600 grammes par jour, l'urée excrétée montait à 14 grammes; au bout de six jours, alors que l'amélioration était considérable, la malade placée au voisinage d'une fenêtre ouverte, prit une violente congestion pulmonaire double et mourut en 48 heures. Le dernier jour seulement on trouva dans son urine une légère trace d'albumine.

Autopsie. — Lésions d'aortite qui expliquaient les accès angineux passés, reins congestionnés, difficiles à décortiquer, présentant les lésions histologiques d'une néphrite interstitielle et surtout des lésions vasculaires.

Cette observation offre ceci de remarquable, ainsi que plusieurs autres rassemblées par M. Dieulafoy, que l'albumine fait défaut même aux périodes les plus avancées de la maladie ; on ne peut donc plus définir rigoureusement l'albuminurie comme le faisait Bright, une maladie du rein, avec œdème et albumine coagulable, puisqu'on la voit faire défaut. Serait brighitique, suivant lui, tout malade qui souffre d'une insuffisance de la dépuration rénale et c'est cette insuffisance qui serait la cause prochaine des accidents qu'on a qualifiés d'urémiques ou d'albuminuriques.

Cette insuffisance dépend d'une altération anatomique des reins et de l'obstruction partielle du filtre rénal, contre lesquelles nous sommes le plus souvent désarmés, tandis que les accidents (convulsions urémiques, vomissements, migraines, troubles asthmatiques, cardiaques, migraineux) dépendent de la rétention dans le sang des principes excrémentitiels de l'urine.

Mais ce n'est point à cause de cette particularité, intéressante cependant, que j'ai relaté cette observation ; on peut se demander si c'est à l'aortite seule, dont on retrouve les traces après la mort, qu'est due la manifestation angineuse ? Pourquoi, lorsqu'on voit la maladie de Bright occasionner l'épilepsie, la folie, la manie (M. Dieulafoy, dans ce même travail, en cite un exemple), de la gastralgie, de l'entéralgie, des céphalées atroces par l'introduction et la circulation dans le sang d'un principe toxique, pourquoi ce même principe qui agit indubitablement sur le cœur et y détermine des troubles évidents (bruits de galop, souffles, etc.), n'occasionnerait-il pas aussi une Angine de Poitrine aussi bien que les accidents que nous venons de citer? — Sans doute, il est rationnel de dire que l'artériosclérose, envahissant le rein, détermine la néphrite et, consécutivement, l'*Angor* ; mais l'idée d'une Angine de Poitrine albuminurique

ne semble pas trop hasardée quand on songe aux douleurs vives que produit parfois le mal de Bright, aux troubles dyspnéiques et cardiaques dont il s'accompagne si souvent. Que l'autopsie d'un albuminurique, d'un seul, succombant dans un accès d'*Angor*, vienne à démontrer l'absence de tout processus artério-scléreux et il sera bien difficile de ne pas admettre une Angine de Poitrine Brighitique !

M. Huchard, qui revendique avec raison un rôle considérable pour l'artério-sclérose dans la paternité de l'Angine de Poitrine, se refuse à admettre l'existence d'un *Angor Pectoris* albuminurique, d'origine purement toxique, si je puis m'exprimer ainsi. Et quand on lui cite des observations où l'action urémique a pu irriter le cœur et provoquer l'attaque, il répond (1) qu'il devait exister en même temps des signes indubitables d'artério-sclérose ; il montre qu'avant la mort, il y avait un pouls radial fort, bondissant, sans dicrotisme, une tension artérielle exagérée (phase préalbuminurique de la néphrite interstitielle) de l'hypertrophie du cœur, un choc violent de sa pointe, ou bien de la polyurie et des épitaxis ; après la mort, on trouve, dit-il, le cœur, les reins sclérosés, et il justifie la venue de l'*Angor* à cette occasion, par les altérations artérielles, en se refusant à admettre que le poison urémique ait pu agir directement sur l'endothélium du cœur et l'empoisonner ou le détruire.

M. Liégeois, que nous avons aussi prié de nous formuler son avis sur ce point, nous écrit (communication écrite, 6 octobre 1886) qu'il ne croit pas non plus à l'angine brighitique de M. Diculafoy et oppose à cette nouvelle variété étiologique les mêmes arguments que M. Huchard. Certainement nous nous inclinons devant leur haute expérience, seulement nous nous demandons pourquoi, tandis qu'on admet l'action nocive de l'alcool, du thé, du café, de l'ergot de seigle sur le cœur, on refuse, à un agent infiniment plus dangereux, plus actif, (les attaques d'éclampsie soudaines sont là pour le démontrer) une influence égale ?

Dans le Saturnisme et la Goutte il y a, dit M. Huchard, plus d'acide urique et d'urée circulant avec le sang ; ce dernier contient moins de globules et d'alcalis, enfin ces globules sont plus gros dans le saturnisme, d'où possibilité d'expliquer par l'ischémie cardiaque, l'apparition d'un *Angor* toxique (2). Une autre sternalgie toxi-

(1) Communication orale, juillet 1886.

(2) M. H. Huchard explique par la difficulté et la lenteur de circulation de ces globules,

que, celle qui est consécutive à l'empoisonnement par les vapeurs de carbone s'explique par la mort rapide des globules sanguins et la conversion du sang artériel en sang veineux. Mais si ces *Angors* sont admis, pourquoi n'admettrait-on pas qu'un sang urémique, c'est-à-dire contaminé par un des poisons les plus violents fournis par l'organisme humain, puisse exercer une action funeste sur le cœur ? Qu'on dise, qu'on affirme, qu'on nous objecte que ce n'est pas du côté de cet organe, mais bien du côté des centres nerveux, que ses coups se portent, que ses funestes effets se manifestent d'habitude, cela est vrai, nous le reconnaissons nous-même, mais de là à l'impossibilité d'un *Angor* toxique albuminurique il y a loin, et peut-être des faits recueillis avec les années le démontreront. J'ai reçu à cet égard une communication orale d'un médecin fort distingué, le Dr Lippert, de Nice, qui m'a dit posséder dans ses notes deux observations indiscutables de la mort de deux grands personnages uniquement due, d'après lui, à des attaques d'*Angor Pectoris* urémique.

L'avenir décidera de cette question que nous posons !

Nous croyons que c'est ici le moment de traiter cette considération incidente, « une Angine de Poitrine, névrosique ou toxique, peut-elle amener à la longue des désordres graves, et purement idiopathiques au début, devenir organique à la fin? » Telle n'est pas, nous le savons, l'opinion de M. H. Huchard, ni de M. Ch. Liégeois, mais nous en avons nous-même cité un exemple dans l'observation où la maladie succède à une sciatique primitive, et l'observation suivante du Dr Gauthier nous paraît en être une nouvelle preuve :

OBSERVATION CXXVII

(Dr Gauthier. — Mém. cité, p. 90).

Angine de Poitrine causée par un anévrysme de la crosse aortique succédant à une Angine de Poitrine neurasthénique.

Il y a dix ans, nous donnions nos soins pour la première fois à Mme V. V..., alors âgée de soixante ans. Arthritique de par ses antécédents héréditaires et de par sa propre constitution ; père goutteux, mère hémiplégique, elle-même souffrant de coliques hépatiques, de gravelle rénale, de migraine, ayant été

grossis chez les Saturnins, la fréquence de l'*Angor* chez les peintres. D'après lui le plomb, par son action vaso-constrictive sur les vaisseaux et sur le cœur, favoriserait l'ischémie cardiaque, et, partant, l'*Angor*. M. Huchard a observé, en effet, cette maladie chez un assez grand nombre d'entre eux. Le célèbre Gustave Doré est mort, on le sait, d'angine de Poitrine. (Comm. orale, 25 oct. 1886.)

atteinte de myélite. Traitée, ce qui est certain, par des moxas et des pointes de feu profonds ; très intelligente, très impressionnable, assez excentrique, fumant beaucoup la cigarette. Elle me raconta avoir été traitée pendant quinze ans, de l'âge de trente-cinq à cinquante ans, pour une Angine de Poitrine, et la description qu'elle me donnait de ce qu'elle avait éprouvé alors, se rapportait, en effet, parfaitement à la symptomatologie de cette affection ; depuis dix ans, ajoutait-elle, elle en était guérie.

Pendant les deux premières années que je donnais mes soins à cette dame, l'examen le plus attentif ne me fit constater aucune lésion du côté du système cardio-vasculaire ; mais peu à peu, une dilatation de la crosse de l'aorte devint constatable ; puis, insensiblement, tous les symptômes d'un véritable anévrysme se manifestèrent, en même temps que des accès d'Angine de Poitrine violents avec irradiations à l'épaule et au bras *droits*. (Dans la précédente Angine l'irradiation était à *gauche*, au dire de la malade). Ces accès que rien ne soulageait, ni les injections de morphine, ni les inspirations de nitrite d'amyle, durèrent pendant dix-huit mois, et enfin la malade a succombé le 20 mai dernier, à un accès plus violent que les précédents (1).

2° Causes prédisposantes organiques de l'Angine de Poitrine

Les causes prédisposantes organiques de l'Angine de Poitrine sont les plus nombreuses, les plus puissantes et les plus actives de toutes.

Nous les subdivisons de la manière suivante :

1° Artério-sclérose généralisée

2° Lésions des Vaisseaux du cœur
- A. — Lésions de l'aorte. { Aortite aiguë. / Aortite chronique.
- B. — Lésions des artères coronaires seules.
- C. — Lésions de l'aorte et des artères coronaires.

3° Lésions des nerfs du cœur ou Névrite cardiaque
- 1° Accompagnant les lésions des vaisseaux du cœur.
- 2° Accompagnant les lésions du péricarde.

4° Lésions du Péricarde. — Péricardite.
- A. — Aiguë.
- B. — Chronique.

5° Lésions du Myocarde
- A. — Dégénérescence et surcharge graisseuse du cœur.
- B. — Dilatation du cœur droit avec ou sans hypertrophie concomitante.
- C. — Myocardite scléreuse.
- D. — Rupture du cœur.

(1) Nous avons cité en outre plusieurs observations de névralgie du bras gauche déterminant à la longue l'*Angor Pectoris* et des altérations au cœur. (Voir observ. XXV du Dr Liégeois.)

6° Lésions des Organes voisins	Tumeurs	A. — Thoraciques. B. — Abdominales.

1° Angine de Poitrine organique par artério-sclérose généralisée

L'artério-sclérose apparaît souvent chez les personnes d'un certain âge ; quand elle survient chez des personnes jeunes, c'est qu'elles sont atteintes d'une diathèse héréditaire ou acquise comme la goutte, la syphilis, l'herpétisme, la *malaria*, ou qu'elles se sont adonnées à l'usage excessif des boissons alcooliques.

D'après quelques auteurs, et nous partageons leurs idées sur ce point, l'artério-sclérose généralisée, expression d'une sorte de diathèse fibreuse, dont l'existence a été démontrée d'une manière irréfragable anatomiquement et cliniquement par les travaux de Huchard (1) et Duplaix (2), est primitive et préside toujours au développement du processus scléreux, tendant sans cesse à envahir nos organes.

Débutant par les artères et toujours par leur tunique interne, ce qui se comprend puisque c'est elle qui est en contact constant avec un sang altéré par les évolutions dyscrasiques, la sclérose envoie vers les organes des irradiations fibreuses et des éléments d'un tissu conjonctif qui, en se substituant à la longue à leur tissu propre, finira par le détruire (3).

Quand elle a donné naissance aux scléroses viscérales, l'artério-sclérose est dite généralisée ; elle constitue dès ce moment un état pathologique bien défini, ayant par sa fréquence et sa gravité une véritable importance clinique. Cette gravité est considérable et très menaçante pour la vie du sujet quand elle a envahi le cœur et les gros vaisseaux (organes pour lesquels elle a une grande affinité), non-seulement par les désordres organiques qu'elle détermine dans un organe composé de pièces aussi multiples et aussi délicates, dont l'adaptation parfaite est essentielle à la santé, mais aussi par les troubles fonctionnels qu'elle y produit et dont l'*Angine de Poitrine* est malheureusement trop souvent l'expression apparente et fatale.

Le point essentiel en pratique, comme le dit M. Huchard, serait

(1) Huchard. — Voir *Gazette des Hôpitaux*, 30 mai 1885 Leçon sur l'artério-sclérose.

(2) Duplaix. — Thèse sur la sclérose 1883 et *Arch. gén. de Méd.*, février et mars 1885.

(3) Isnard, de Marseille. — De la sclérose généralisée et du rôle de l'artério-sclérose. Paris 1866. Asselin.

non-seulement de reconnaître cette lésion primitive, mais surtout de la reconnaître de bonne heure, assez à temps pour pouvoir par un traitement approprié en arrêter les progrès et en prévenir les suites. Mais il est presque impossible, par l'examen clinique seul, de diagnostiquer d'emblée les limites certaines de l'artério-sclérose, et l'on peut bien dire hardiment que son œuvre est un travail souterrain, car il est chronique, procède lentement, par petites poussées, qui aboutissent chacune à la formation d'exsudats s'organisant en tissu fibreux, sans que l'artério-sclérose se manifeste par des symptômes très visibles. Ce n'est qu'en examinant avec soin, si le sujet est âgé ou porteur d'une dyscrasie (arthritisme, alcoolisme, syphilis), indiquant la probabilité d'une diathèse scléreuse, c'est en interrogeant scrupuleusement, minutieusement chaque organe, afin de s'assurer s'il n'est pas sclérosé, c'est en voyant si les radiales ne sont pas durcs, si l'arc sénile ou gérontoxon n'existe pas, qu'on peut soupçonner, chez un homme atteint d'Angine de Poitrine, une artério-sclérose qui augmentera toujours la gravité de la maladie et qu'on se hâtera de combattre aussi vigoureusement que possible, car la sclérose généralisée est une cause d'appel incessante en même temps qu'une cause fréquente et puissante d'accès de l'*Angor* organique. — Le pronostic, toutes les fois qu'on en constatera la présence, acquerra par cela même, une gravité beaucoup plus grande.

Il y a quelques années, M. Bucquoy avait remarqué la fréquence de l'aortite à l'époque de la ménopause, de même aussi, M. Huchard a signalé au congrès de Nancy, dans son travail sur les cardiopathies artérielles, la fréquence de l'artério-sclérose à cette époque de la vie de la femme. Cette considération pourra aider à la reconnaître ; voici du reste comment M. Huchard s'est exprimé à ce sujet (1) :

« On voit parfois se produire, au moment de la ménopause, des troubles circulatoires caractérisés par les palpitations le plus souvent nocturnes, par de la dyspnée d'effort, de l'essoufflement facile sous l'influence d'une marche un peu rapide, par des sensations fréquentes de douleur et d'angoisse précordiale, l'exagération de la tension vasculaire et de l'impulsion cardiaque, par des accès d'arythmie et de tachycardie, par divers accidents attribuables aux spasmes

(1) Les cardiopathies artérielles et leur curabilité. H. Huchard, communication au congrès de Nancy pour l'avancement des sciences (séance du 18 août 1886).

artériels (doigt mort, syncopes locales, refroidissement des extrémités, etc.). La cardiopathie préparée par la lésion artérielle a pu rester latente pendant un temps plus ou moins long quand tout-à-coup, sous l'influence d'une cause légère, qui peut être une simple émotion ou une bronchite et qui est ici représentée par la seule évolution de la ménopause, éclatent des accidents asystoliques, pour cesser et revenir ensuite après plusieurs périodes successives d'augmentation ou d'accalmie. Cette *cardiopathie de la ménopause,* qu'il faut savoir distinguer des troubles fonctionnels du cœur engendrés souvent par l'*hystérie de retour* ou de *la ménopause*, a été très bien décrite par mon savant collègue et ami le docteur Clément, médecin des hôpitaux de Lyon, qui la rattache à tort à un simple trouble fonctionnel du grand sympathique. Sans doute, l'origine nerveuse et vaso-motrice de l'artério-sclérose a été soutenue par Giovanni en 1877, et, sans vouloir entrer à ce sujet dans une discussion inutile, je ferai remarquer combien la symptomatologie de la cardiopathie de la ménopause répond exactement au tableau descriptif des cardiopathies artérielles. Or, d'après mon observation, la ménopause est féconde en lésions artérielles, et si elle est invoquée à si juste titre par M. Bucquoy parmi les causes fréquentes de l'aortite aiguë, c'est parce qu'elle est souvent le point de départ de la sclérose vasculaire et de l'aortite chronique qui n'est elle-même qu'un épisode de l'artério-sclérose généralisée. Il y a donc une *artério-sclérose de la ménopause*, qui tient sous sa dépendance l'aortite aiguë ou chronique avec ou sans manifestations angineuses, la sclérose des coronaires, les myocardites scléreuses, les cardiopathies enfin, qu'il faut bien connaître pour savoir les combattre en temps opportun. »

Avant les travaux de M. H. Huchard on considérait à peine, comme prédisposant à l'Angine de Poitrine, l'artério-sclérose du cœur ou de ses gros vaisseaux. Cet auteur est allé plus loin, et d'après lui, cet état, lorsqu'il est généralisé, met le sujet en imminence morbide d'*Angor*. Ainsi, quand on trouve la radiale sclérosée, on peut dire presque à coup sûr que le cœur ou ses gros vaisseaux le sont aussi partiellement ou d'une manière générale (aortite ou myocardite scléreuses). Que survienne alors une cause occasionnelle favorable, même légère, et l'Angine de Poitrine entre en scène à son tour. Heureux encore si cette révélation première d'un mal mystérieux ignoré ne tourne pas au drame, et si sa première apparition n'est pas un accès foudroyant et fatal ! Pour nous, l'artério-

sclérose du cœur ou de ses gros vaisseaux donne le secret de bien des morts subites survenant, dans ce qu'on appelle le *Monde*, au premier accès d'*Angor*.

En voici un exemple frappant et tout récent :

OBSERVATION CXXVIII

Aortite chronique scléreuse. — Tuberculose vésicale. — Angine de Poitrine. — Mort subite.

M. B..., 45 ans, ancien élève de l'école polytechnique, savant distingué, et attaché en qualité de professeur à plusieurs établissements d'enseignement de Paris, se plaignait depuis quelque temps de congestions pulmonaires et d'accès d'étouffements se rapprochant, d'après l'avis des médecins qui le soignaient, de l'Angine de Poitrine. Il fumait presque constamment. Il avait ressenti en outre, une tension douloureuse au niveau de l'ombilic qui lui avait fait croire à l'existence d'une hernie ombilicale,— enfin, depuis plusieurs années, il s'était plaint de la vessie sans qu'il y eut d'ailleurs aucun obstacle ni aucune difficulté de la miction.

Le 10 février 1886, il a une défaillance douloureuse en faisant son cours, rentre chez lui et meurt subitement.

Par testament, M. B..., chargeait M. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la faculté, de l'autopsier, et laissait ensuite son corps à l'Ecole de Médecine pour servir aux dissections des étudiants. Ce double désir a été religieusement exécuté, et on a trouvé à l'autopsie (1) deux processus morbides différents : 1° des altérations athéromateuses des artères et particulièrement de l'aorte qui en était atteinte *dans toute son étendue depuis son point d'origine jusqu'à sa bifurcation*, plus un petit anévrysme dans sa partie antérieure abdominale ; une hypertrophie des parois cardiaques, des plaques athéromateuses aux artères coronaires sans rétrécissement de leur calibre, une congestion du foie, des poumons et de la rate ; 2° une éruption tuberculeuse miliaire récente très intense de la vessie, tuberculose absolument isolée, sans trace aucune dans aucun autre viscère.

Voilà donc deux ordres de lésions dont la dernière n'avait pas du tout appelé l'attention des médecins et dont la première (aorte athéromateuse dans toute son étendue, étouffements, accès d'*Angor*) n'a réellement incommodé le malade que dans les derniers temps de sa vie et cependant elle existait sans doute depuis longtemps, tant il est vrai que l'artério-sclérose a une marche silencieuse et que l'examen le plus attentif avec cette absence de signes extérieurs menaçants, ne suffit pas toujours pour la reconnaître !

Dans son mémoire sur les Angines de Poitrine, M. Huchard cite

(1) *Gazette des Hôpitaux.* — 1886, n° 25

deux observations tout à fait concluantes en faveur de l'importance réelle de l'artério-sclérose généralisée, comme cause prédisposante de l'Angine de Poitrine :

OBSERVATION CXXIX

(H. Huchard. — Loco citato, p. 484 et 485.)

Hypertrophie du cœur par artério-sclérose généralisée. Symptômes de néphrite interstitielle. Signes de dilatation de l'aorte et d'insuffisance sigmoïdienne appréciables après les premiers accès d'Angor Pectoris.

J'ai été consulté il y a un an par M. P..., âgé de quarante-huit ans, banquier. Il présentait à ce moment une hypertrophie cardiaque considérable avec bruit de galop gauche des plus accentués. Le pouls était dur, concentré, presque bondissant ; ces caractères du pouls en l'absence d'affection aortique me firent d'abord penser à l'existence d'une néphrite insterstitielle à son début. Je constatai en effet un léger nuage albumineux dans les urines qui étaient assez abondantes et claires. Sous l'influence du régime lacté, ces traces d'albumine disparurent rapidement, et il ne me fut jamais possible, malgré des examens réitérés, d'en retrouver depuis les moindres traces.

Un jour, je fus appelé en hâte pour un « accès d'oppression formidable et d'anxiété extraordinaire », que le malade avait éprouvé le matin en se levant. J'appris alors que depuis plusieurs mois il avait eu plusieurs de ces accès, qu'on avait attribués à de l'asthme nerveux. Je ne fus pas alors de cet avis, surtout en m'appuyant sur l'état athéromateux du système artériel, sur l'existence de l'hypertrophie ventriculaire, et surtout sur la constatation que je fis alors d'une augmentation légère de la matité aortique, de battements artériels du cou, et aussi d'un réel état d'angoisse douloureuse, siégeant à la partie supérieure et antérieure du thorax. Je prévins dès ce moment la famille, et je formulai des craintes au sujet de l'imminence d'accès angineux.

Six mois après, je revis ce malade à la suite d'un voyage qu'il fit en Algérie et je constatai alors à la base du cœur l'existence d'un souffle doux, diastolique, révélateur d'une légère insuffisance aortique. Le bruit de galop n'avait pas disparu. On ne constatait pas de soulèvement anormal de la sous-clavière. Mais un symptôme nouveau s'était présenté : le malade ne pouvait marcher un peu vite sans être immédiatement arrêté par une douleur vive, pongitive, angoissante, qu'il éprouvait dans la région supérieure du cœur, avec irradiations dans le cou et la mâchoire ; il pouvait pour ainsi dire provoquer ses accès à volonté, et comme il lui arrive tous les jours d'aller prendre de son domicile, rue du Havre, le chemin de fer à la gare Saint-Lazare, il était souvent obligé, vaincu par la douleur, de s'arrêter plusieurs fois dans ce court trajet.

Dans ce cas, la constatation de l'affection aortique n'était devenue évidente qu'un assez long temps après les premières atteintes d'angine.

OBSERVATION CXXX

(H. Huchard. — Loc. cit., p. 485.)

Artério-sclérose généralisée. — Congestions pulmonaires. — Accès d'Angine de Poitrine.

Un autre malade, âgé de quarante-cinq ans, que j'ai suivi pendant plus d'un

an et qui a succombé aux progrès d'une aortite des mieux caractérisés, M. F.., architecte, me consulte en juin 1882 pour des vertiges fréquents et quelques « accès d'asthme » dont il souffrait depuis plusieurs années et qui avaient été ainsi caractérisés par plusieurs médecins. Je suis frappé de sa pâleur tégumentaire, de la dureté athéromateuse de son pouls radial, et l'auscultation que je pratique aussitôt, me permet de constater un souffle diastolique des plus nets à la base du cœur. Plus tard, des accès d'oppression survinrent, puis de violents accès d'angine de poitrine, auxquels le malade finit par succomber au mois de novembre dernier. Les accès angineux étaient toujours accompagnés d'une congestion pulmonaire subite, disparaissant rapidement et se manifestant par une véritable pluie de râles crépitants, très fins dans toute l'étendue de la poitrine, ainsi que par l'expulsion de crachats sanglants.

Ces trois observations, que nous pourrions faire suivre de plusieurs autres, démontrent clairement combien la présence de la sclérose artérielle ajoute à la gravité du pronostic. Il est rare, du reste (et il est facile de le constater par les nombreuses relations d'autopsies reproduites dans ce volume), il est rare, dis-je, que dans la *moitié des cas de mort par accès d'Angor on ne trouve pas des désordres dépendant de cet état chez les individus d'un certain âge.* — Cependant depuis que M. H. Huchard a institué son traitement par les iodures, nombre d'anginceux sclérosés ont pu revenir à la santé et nous en citerons au chapitre du traitement plusieurs exemples un inédit entre autres dont nous devons la communication à l'obligeance bien connue du médecin de l'hôpital Bichat pour ses confrères.

D'après M. Péter, tous les vieillards sont porteurs de plaques athéromateuses ou scléreuses ou calcaires de l'aorte (1) et cette proportion s'élèvera de plus en plus à l'avenir avec ce vice abject de l'alcoolisme qui, comme la tache d'huile, s'étend chaque année davantage dans nos départements du Nord et règne aujourd'hui en maître absolu dans tous ceux où la culture de la vigne n'est pas possible. — Nos hôpitaux de Paris regorgent actuellement de cardiaques que cette soif de l'alcool y a conduits et y ramène sans cesse. Aussi peut-on, dès à présent, prédire l'insuffisance de ces asiles jusqu'à ce qu'un gouvernement prévoyant et ferme prenne, à la satisfaction de tous les hygiénistes, le monopole de la vente de l'alcool comme il a pris celui du tabac, et empêche de cette façon le débit quotidien et patenté de tous ces poisons violents, bus avec

(1) Péter. — Traité des maladies du cœur, t. I, p. 301.

l'étiquette apparente d'eau-de-vie (1). Au-dessous de ce mot *Cognac* qui s'y étale glorieusement, on devrait lire ce sous-titre, invisible malheureusement pour le public, mais bien réel pour les médecins :

Poison mortel pour la raison et l'intelligence !
Eau de folie, eau de mort !

2° Angine de Poitrine par lésions des Vaisseaux du Cœur

De toutes les causes d'Angine de Poitrine ce sont de beaucoup les plus fréquentes et les plus graves. — Aussi les étudierons-nous avec le plus grand soin. — L'extension de plus en plus considérable des maladies du cœur explique comment l'affection qui nous occupe se présente bien plus souvent qu'il y a trente ou quarante ans. L'*Angor*, intimement lié aux lésions cardiaques, est donc destiné à suivre comme elles, une progression toujours ascendante.

Les lésions des vaisseaux du cœur pouvant donner naissance à l'Angine de Poitrine, comprennent trois divisions. Dans la première, A, l'aorte seule est enflammée ; dans la seconde, B, les artères coronaires seules sont malades ; dans la troisième, C, l'aorte et les artères coronaires sont atteintes à la fois.

La première classe d'*Aortite* comprend à son tour : 1° l'*Aortite aiguë* qui est tantôt *diopathique*, tantôt *deutéropathique ;* et 2° l'*Aortite chronique.*

L'*Aortite aiguë idiopathique* naît sous l'influence de causes multiples, d'un rhumatisme articulaire aigu, d'un rhumatisme à *frigore*, d'excès, de dispositions diathésiques variées ; l'*Aortite aiguë deutéropathique* complique habituellement l'athérome aortique.

Nous allons passer en revue successivement ces diverses lésions avec autant d'ordre et de méthode qu'il nous sera possible, et pour que l'esprit du lecteur ne s'égare point, nous mettons sous ses yeux le tableau synoptique de ces lésions dû au Dr Liégeois :

---

(1) « Il n'est pas, disait dernièrement M. Rochard, d'impôt plus légitime que celui qui pèse sur un vice ; il n'en est pas en même temps de plus salutaire. Si la consommation reste la même, c'est le fisc qui en bénéficie ; si elle diminue, c'est l'hygiène qui en profite. » Souvenons-nous aussi de ces paroles de M. de Bismarck redites à l'Académie par M. Dujardin-Beaumetz : « Tous les mauvais alcools de l'Allemagne sont bus en France sous forme de vin. »

A. - LESIONS DES VAISSEAUX DU CŒUR

- A.- Lésions de l'aorte seule
  - 1° **Aortite aiguë** avec ou sans lésions d'orifice
    - IDIOPATHIQUE. . . .
      - A — Dans le rhumatisme articulaire aigu.
      - B — A frigore.
      - C — D'une autre origine.
    - DEUTÉROPATHIQUE. — Complication de l'athérome aortique.
  - 2° **Aortite chronique**
    - Avec ou sans lésions d'orifice,
    - Avec ou sans dilatation simple ou anévrysmale.
- B. — Lésions des artères coronaires seules.
- C. — Lésions simultanées de l'aorte et des artères coronaires.

1° — Aortite aiguë

M. Gintrac (1), de Bordeaux, et M. Corrigan, de Dublin, en 1838 (2) ont, les premiers, appelé l'attention des médecins sur l'*aortite* comme cause prédisposante de l'Angine de Poitrine. Le praticien bordelais, tout en reconnaissant que cette dernière peut être essentiellement nerveuse, pense qu'elle est plus souvent symptomatique d'un état inflammatoire de l'origine de l'aorte. Il s'appuie sur les études nécroscopiques qui lui ont fait trouver cette artère dilatée, épaissie, cartilagineuse ou ossifiée en quelques points, ayant d'autres fois sa membrane interne enflammée et altérée. Outre ces désordres, rencontrés souvent par plusieurs médecins, il a vu sur l'aorte de l'un de ses malades, quatre poches membraneuses à parois épaisses dont le fond était dilaté et l'ouverture très rétrécie.

Norman Chevers confirma l'opinion de Corrigan, et M. le docteur Henri Léger (3), dans un travail écrit sous l'inspiration de M. J. Bucquoy, a démontré l'influence considérable que l'aortite jouait dans l'histoire de l'*Angor*.

Voici quelques observations de la première variété d'aortite (*aortite aiguë idiopathique*, dépendant du rhumatisme articulaire aigu).

---

(1) Elie Gintrac. — *Journal de la Société de Médecine de Bordeaux*, 1835.

(2) Corrigan, *Dublin Journal*, t. XII, p. 243.

(3) Henri Léger. — Etude sur l'aortite aiguë Thèse de doct. Paris 1877.

OBSERVATION CXXXI

(Résumée, par M. Liégeois)

(H. Léger. — Loco citato, p. 105-107)

Endocardite rhumatismale, — Propagation de l'inflammation à l'origine de l'aorte Angine de Poitrine.

X..., domestique, âgée de vingt-huit ans. Pneumonie à vingt-ans ; il y a un an, bronchite avec hymoptysie.

Il y a six mois, fatigue dans les jambes, les mains, puis gonflement des articulations des doigts et du cou de pied ; traitée par bains de vapeur et frictions. Depuis, se fatigue vite et n'a pas d'appétit.

Le 9 mars, après avoir été mouillée dans la journée, elle est prise le soir de palpitations et d'oppression subite, et entre dans le service de M. Bucquoy.

Impulsion du cœur vive, un peu d'hypertrophie ; au niveau de la pointe, bruit présystolique avec souffle doux, très profond, systolique, se propageant vers l'aisselle. Rien à la base.

Le 16, léger bruit de souffle au second temps, à la base, se propageant vers la pointe, très prononcé le 18 ; en même temps, les artères du cou sont bondissantes.

Le 20. — A l'oppression, s'ajoute une sensation de déchirure, de *vrille* comme dit la malade, derrière la partie supérieure du sternum. Elle s'est déjà fait sentir depuis le début de l'affection, mais jamais d'une manière aussi marquée. Le soir, crise violente de palpitation (injection de morphine ; le 22, un vésicatoire.)

Le 28. — Agitation nerveuse continuelle, éréthisme cardiaque douloureux, petits frissons, sensation continue de chaleur fébrile.

Le 7 avril. — Réapparition de l'oppression, de la douleur rétro-sternale et des sueurs ; palpitations violentes, persistance du bruit de souffle au second temps, bruit aortique un peu plus clair comme timbre, sans augmentation de la zone de matité de cette artère.

Soumise à la digitale, la malade se trouve mieux.

Le 20. — Le bruit présystolique de la pointe a disparu ; il n'y a plus qu'un léger roulement qui le remplace ; le bruit systolique, moins fort et plus sourd, se perçoit encore. Par contre, le bruit du second temps de la base est franchement accusé, se propageant vers la pointe sans y arriver cependant.

Le 21. — Douleur violente en vrille, entre les deux épaules, avec sensation de battements. Palpitations moins fortes.

Du 21 au 1er mai, rien de particulier ; le 1er mai, persistance de la douleur rétro-sternale, engourdissement de tout le bras gauche, marqué au niveau de l'épaule, bondissement des artères.

Le 7 mai. — Tendance à la syncope.

Les choses se continuent avec des alternatives de calme et de recrudescence dans l'oppression, les palpitations, la douleur rétro-sternale qui se prolonge jusque dans le dos. Elle veut sortir de l'hôpital et meurt en septembre. L'autopsie n'en a pas été faite.

OBSERVATION CXXXII

(Dr Léger. — Thèse citée, résumée par M. Liégeois, loc. cit.)

Lésions mitrale et aortique anciennes. — Aortite. — Angine de Poitrine. — Attaque intercurrente de rhumatisme articulaire

M..., trente-neuf ans, couturière, règles peu abondantes, pas d'attaques rhumatismales, et cependant elle éprouve depuis sept ans des troubles au cœur, vertiges, perte de connaissance, annoncée par des bouffées subites de chaleur à la face. N'est ni hystérique, ni épileptique.

Depuis dix-huit mois, palpitations et enflure malléollaire pour lesquelles elle entre à l'hôpital, dans le service de M. Bucquoy.

La malade est pâle, décolorée, a des sueurs continuelles et des palpitations ; la pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal ; à son niveau, bruit de souffle systolique assez limité, perceptible à la main, et accompagné d'un roulement présystolique très marqué. A la base, double murmure, le premier, assez rude, se propageant dans les vaisseaux du cou ; le deuxième, plus doux, au bord gauche du sternum. Pas d'œdème ; pouls dépressible et bondissant. Bromure de potassium, arséniate de soude.

6 mars. — Névralgie faciale et douleur vive à la région précordiale, s'irradiant dans l'épaule gauche ; le coude et les doigts ont des fourmillements continuels pendant la nuit.

La pression au-dessus de la clavicule, sur le trajet du phrénique est pénible, surtout à gauche ; à droite du sternum, matité très nette, séparée de la matité cardiaque.

Le 17. — Deux accès douloureux par jour, durant deux ou trois heures ; un après déjeûner, et l'autre plus violent après le dîner. Tout le pourtour de la poitrine, à la base, est le siège de violentes douleurs. Tous les soirs, injection de morphine.

Le 10. — Pas d'accès douloureux depuis deux jours, mais la gêne à la base du thorax continue ; insomnie, pupilles égales. Chloral, deux grammes.

Un mois après, la malade allant mieux, sort de l'hôpital ; elle y rentre le 10 mai sans avoir eu d'accès d'*Angor*, mais elle rentre avec des douleurs rhumatismales et du gonflement aux genoux, cou-de-pied et les épaules. C'est sa première attaque de rhumatisme, et il est à remarquer qu'elle a coïncidé avec la disparition de l'*Angor*.

La malade est traitée pour le rhumatisme, et ses douleurs disparaissent, mais alors l'*Angor* revient. Quoique moins fort et sans irradiation dans le bras, l'accès douloureux revient chaque soir et dure un quart d'heure ; au même moment, injection de morphine ; elle veut, malgré sa souffrance, quitter l'hôpital le 17 juin.

Il n'est pas douteux qu'ici l'Angine de Poitrine était de nature rhumatismale, et la diathèse peut, ce me semble, justifier à la fois l'aortite et l'*Angor*.

OBSERVATION CXXXIII

(H. Léger. — Résumée. — Par le Dr Liégeois, opere citato).

Rhumatisme. — Aortite aiguë avec légère insuffisance aortique. — Angine de Poitrine. — Péricardite sèche. — Mort subite.

P..., couvreur, trente-cinq ans, étant soldat, il tombe à l'eau ; douleurs et gonflement aux coudes, aux épaules quatre jours après ; le rhumatisme articulaire dure deux mois et laisse après lui un peu d'essoufflement. Excès alcooliques ; plus tard, il y a trois ans, accès de fièvre quarte en Afrique, guéris par le sulfate de quinine.

Il y a six mois, se trouvant en bonne santé, palpitations et douleur dans les deux bras, que semblait relier entre eux une barre transversale. Accès revenant périodiquement tous les dix jours à sept heures du soir, sans cause provoquante ; traité par vésicatoires et teinture de digitale.

Entré le 1er février 1876 à l'hôpital, service de M. Bucquoy, il y reste trois jours sans ressentir son accès douloureux.

Il reprend son travail du 1er au 15 mars, mais une gêne épigastrique, sans oppression toutefois, le lui fait abandonner. La marche contre le vent lui est impossible.

Il rentre à l'hôpital ; gêne rétro-sternale dans la respiration, pupille gauche plus petite que la droite, battements artériels énergiques au cou, mais sans dilatation veineuse.

Pouls radial régulier, bondissant, retombant brusquement, égal des deux côtés ; le sphygmographe donne du côté gauche une ligne beaucoup moins élevée qu'à droite ; la ligne d'ascension est perpendiculaire, terminée par une pointe aiguë, sans crochet ni plateau, et la ligne de descente est aussi brusque.

Au cœur, impulsion vigoureuse, matité très étendue. Battements sourds avec ébranlement marqué de la région précordiale.

Le 4 février, léger bruit de souffle systolique et diastolique aspiratif. Le bruit de souffle systolique va se renforçant un peu vers la base qu'il franchit pour se propager le long de l'aorte ascendante.

Le 18, léger œdème péri-malléolaire, disparaissant le 22, après l'administration de la digitale.

Le 26 au soir, il se plaint d'avoir éprouvé par trois fois dans la journée cette sensation de barre à la partie supérieure du sternum, qu'il compare à des crampes, à des tiraillements très douloureux, mais n'augmentant pas son oppression. Ces douleurs se propagent dans les deux bras, surtout à gauche, mais sans dépasser le coude. Elles apparaissent et disparaissent tout à coup après cinq ou six minutes de durée, tandis qu'autrefois elles duraient cinq ou six heures. Pendant ces petites crises, palpitations retentissantes, surtout à l'épigastre au cou et dans les membres. (Potion avec iodure de potassium, 0 gr. 75). La dyspnée considérable est soulagée par une piqûre de morphine.

29 mai. — Persistance des crises douloureuses et des symptômes locaux (Kbr. quatre grammes).

8 juin. — Les redoublements douloureux ont cessé depuis quelques jours, mais le malade se plaint constamment d'une barre à l'épigastre et d'une constriction l'empêchant de se baisser.

Le 11 juin on note sur tout le trajet de l'aorte ascendante que le premier bruit est roulé plutôt que soufflant, et que le second est devenu nettement soufflant. Les crises douloureuses ne sont pas plus fréquentes, le malade les prévoit en ressentant dans le bras gauche une douleur débutant au dedans du coude, s'étendant vers l'épaule et se prolongeant bientôt en barre transversale au devant de la poitrine. Ordinairement, la douleur prémonitoire, au lieu de débuter par le bras, commence par la poitrine.

Le 19. — Accès plus fréquents, inégalité accentuée des pupilles, double bruit de soufflet très net au niveau de la partie supérieure du sternum, signes d'emphysème et de congestion pulmonaires, vomissements.

Du 22 au 30, augmentation de la dyspnée, vomissements, état général misérable, double bruit de souffle plus accentue, sans augmentation de la matité aortique, bruit de souffle à l'auscultation des crurales. Retour des paroxysmes douloureux.

1er juillet. — Crises plus éloignées. Expectoration visqueuse et collante.

3 juillet. — Le malade, très irritable, n'est bien dans aucune position, souffre de partout; membres brisés, sensation de chaleur rétro-sternale intolérable, s'étendant à toute la région antérieure du thorax, surtout vers la base de la région précordiale, et le malade y promène une vessie de glace pour se soulager un peu.

4 juillet. — Plongé dans cet état de souffrance continue, sans redoublement cependant, il se leva brusquement sur son séant en criant : « de la fraîcheur, » et il retomba mort sur son lit.

Autopsie. — Saillie énorme du cœur; péricarde pariétal sain. Après l'incision du péricarde, on trouve derrière l'aorte quelques filaments tenus avec des petits dépôts grenus, rosés, formant deux ou trois îlots au niveau de l'angle de jonction du péricarde avec la partie postérieure de l'aorte et au-devant de la branche droite de l'artère pulmonaire ; aspect légèrement hérissé tout le long de la portion péricardique de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Derrière l'aorte, les deux feuillets du péricarde sont très vascularisés.

Cœur très hypertrophié (875 gr.) aux dépens du ventricule gauche.

L'aorte fait dans le péricarde une légère saillie globuleuse au niveau de laquelle on a déjà noté les signes de péricardite qui y existaient. La tunique externe est épaisse, sans taches ecchymotiques, mais l'artère est en somme peu dilatée et ne présente pas plus de quatre-vingt-deux millimètres de tour. A son intérieur, elle est remplie par un caillot non adhérent, agonique. Les valvules sont rapprochées, ne laissant pas entre elles au centre, un intervalle plus grand que deux ou trois millimètres, et l'expérience de l'eau montre aussi que l'insuffisance est peu prononcée. Ces valvules, dont le bord est un peu rigide, sont saines.

La surface interne de l'aorte est d'une teinte jaune, un peu terne, sur laquelle se détachent des îlots moins pâles, de consistance élastique, ayant pour la plupart le caractère des plaques gélatineuses et faisant un relief notable dans l'intérieur du vaisseau. La première portion de l'aorte en est toute parsemée, surtout à son origine, et ne présente pas entre ces saillies de plaques crétacées. Au-dessus de la valvule sygmoïde gauche, la paroi du vaisseau a cédé dans toute son épaisseur en formant un godet rendu irrégulier par des plaques molles un peu élastiques, surplombant sa face interne. Sur la gauche de cette

ampoule existe une tache violacée ecchymotique. La coronaire gauche naît à trois millimètres et ne paraît pas avoir changé de calibre à son origine. Au-dessus de son embouchure existent trois ou quatre petits points jaunes, saillants, gros comme une tête d'épingle.

L'examen microscopique des lésions de l'aorte montrait bien le processus aigu qu'elles avaient subi. La tunique interne était épaissie dans sa totalité, présentant au niveau des plaques gélatineuses, un ronflement considérable au niveau duquel seulement existaient des cellules embryonnaires dans les couches les plus superficielles. La tunique moyenne était elle-même infiltrée par places, de cellules embryonnaires et notablement plus épaisses.

Enfin, la tunique externe, participant aux mêmes altérations, présentait surtout de nombreux vaisseaux et des îlots encore plus nombreux d'éléments embryonnaires, infiltrés jusque dans ses couches les plus externes.

OBSERVATION CXXXIV

(Note prise en 1873 par le Dr Liégeois à la Clinique médicale de M. le professeur Victor Parisot, de Nancy)

Aortite aiguë au cours d'un rhumatisme articulaire aigu. — Mort subite par Angine de Poitrine

Trois médecins réunis près d'une dame atteinte de rhumatisme articulaire aigu venaient de lui déclarer qu'elle serait guérie plutôt qu'on ne l'avait tout d'abord espéré ; soudain cette femme s'asseoit brusquement sur son lit, porte la main à son cœur où elle accuse une douleur déchirante avec irradiation cervico-brachiale, angoisse excessive, sueurs froides, pâleur des extrémités, puis elle retombe sur son dos, elle était morte, morte d'un paroxysme angoreux lié à une aortite aiguë, diagnostiquée la veille par des douleurs rétro-sternales, toutefois assez vagues, par des douleurs sur le trajet du nerf phrénique, un peu d'anhélation et un souffle systolique rude au foyer des bruits aortiques avec propagation à la carotide.

OBSERVATION CXXXV

(RÉSUMÉE)

(H. Léger. — p. 109 et 110.)

Rhumatisme articulaire avec athérome et insuffisance mitrale, probablement préexistante. — Poussée consécutive d'aortite.

P. P., 65 ans, sain, a eu après un refroidissement des douleurs dans les épaules et les articulations qui ont duré trois mois pendant lesquels il a ressenti quelques palpitations ; elles deviennent plus fortes peu à peu, s'accompagnent de gêne précordiale, d'étouffements rendant toute occupation impossible ; accès subits, le plus souvent nocturnes ; le cœur, les artères du cou et de la tête sont bondissantes ; douleur aiguë au-dessous du sein droit cessant avec la dyspnée mais commençant quelquefois avant elle ; elle reprend juste au même niveau en arrière et le malade la compare à un étau étreignant la poitrine ; pas d'œdème ; facies aortique, battements violents au cou et à la fourchette sternale ; le doigt y sent des battements vigoureux systoliques ; pouls radial bondissant, cœur hypertrophié, impulsion large ; pointe au sixième espace, bruit de souffle très accusé, doux, systolique se propageant vers l'aisselle ; large matité aortique ; au niveau de l'orifice aortique, battements clairs sans bruits de souffle mais au-

dessus, le premier battement aortique est éclatant, légèrement prolongé ; le second bruit plus éclatant et plus sec ; poumons sains, urine normale.

Impressionné par la visite, le malade est pris d'une crise avec menace de mort, il s'élance à la fenêtre, anxieux, suffoquant, mais une piqûre de morphine le calme ; vin diurétique, réapparition d'une crise dans la nuit, vésicatoire ; le bromure de potassium alternant avec le chloral calme la gêne respiratoire et diminue le nombre et la force des accès ; le malade, deux mois après, sort de l'hôpital avec un soulagement marqué en conservant au cœur et à l'aorte les mêmes signes physiques qu'à son entrée.

Dans toutes les observations que nous venons de mentionner, l'Angine de Poitrine a été déterminée par une aortite aiguë reconnaissant pour cause une diathèse rhumatismale, mais il y a des cas où l'aortite angoreuse est complétement indépendante de cette diathèse, par exemple dans les observations suivantes :

OBSERVATION CXXXVI

(Poulin. — De l'aortite aiguë. — *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.* n° 1, 1879, p. 6).

Aortite aiguë. — Accès d'Angine de Poitrine. — Mort subite.

Le 16 novembre au soir, la nommée Justine Juliers entrait à l'hôpital Necker, service de M. Blachez, dans un état des plus graves.

Au moment de son arrivée, cette femme était bien oppressée ; elle accusait une douleur excessivement vive à la région précordiale, en un mot, paraissait en proie à une crise d'Angine de Poitrine. Pourtant les symptômes alarmants cessèrent et le lendemain, à l'heure de la visite, la malade était calme.

Cette femme n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu, mais depuis plus d'un an, elle se plaint de palpitations avec une sensation presque continuelle de constriction à la région précordiale. De plus, elle accuse depuis huit mois des accès d'Angine de Poitrine qui sont devenus surtout fréquents depuis quelques semaines. La malade décrit parfaitement ces crises, constituées par une douleur très vive à la région du cœur avec irradiation dans le bras. J... présente une teinte subictérique très prononcée, c'est une femme de quarante ans, paraissant d'ailleurs vigoureuse.

Le cœur est volumineux, la pointe nettement abaissée. A l'auscultation, on est frappé immédiatement par le timbre particulier des bruits. Le second bruit est éclatant, retentissant, spécialement à la base du foyer aortique. De plus, il y a un souffle systolique léger, prononcé surtout à la base, au foyer aortique. Pas de bruit de souffle appréciable au second temps, le pouls est fort, sans irrégularités, les pulsations des deux radiales sont isochrones.

L'auscultation de la poitrine révèle l'existence d'un épanchement limité à la base du côté droit ; il y a en ce point de la matité, du souffle et de l'égophonie extrêmement nets. L'épanchement, d'ailleurs, est localisé et ne remonte certainement pas jusqu'à la partie moyenne de la poitrine (vésicatoire au niveau de l'épanchement. — Potion avec 0,20 de feuilles de digitale en infusion.

La journée du 17 se passe sans nouvel accès d'Angine de Poitrine.

Le 18, à neuf heures du soir, la malade est prise de la même crise qu'au

moment de son entrée, douleur précordiale, anxiété, etc. A minuit elle est calme, demande à boire à la religieuse puis s'affaisse tout à coup et meurt.

Autopsie. — Epanchement remplissant la moitié de la plène droite ; hypertrophie du ventricule gauche ; léger épanchement intra-péricardique. Il n'y a pas de lésion des valvules auriculo-ventriculaires. Les valvules aortiques sont épaissies, mais non déformées et relativement peu malades. En versant de l'eau par l'aorte, on constate un degré très léger d'insuffisance. A la partie centrale, entre les trois valvules, reste un petit orifice par lequel l'eau s'écoule dans le ventricule.

Dilatation nette de la portion ascendante de la crosse aortique ; la circonférence du vaisseau mesuré au niveau de la portion ascendante, donne $0^{m}10$ cent. La surface interne est irrégulière, comme chagrinée. Immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes, près des orifices des artères coronaires, on constate deux ou trois petits points athéromateux, présentant l'aspect et la consistance de véritables plaques d'athérome avec calcification. Au-dessus, les lésions sont plus jeunes, on voit des bosselures ou plutôt des plaques saillantes, de consistance fibreuse ; nulle part dans la portion ascendante de la crosse, celle-ci ne présente l'aspect lisse et poli habituel. Ces lésions s'observent surtout dans toute l'étendue de la crosse aortique, mais sont beaucoup plus prononcées dans la portion ascendante.

Nous avons pratiqué des coupes après durcissement dans un des points où les lésions paraissaient le plus accentuées sur un fragment pris au niveau de la portion ascendante de la crosse. L'examen de ces préparations colorées par le picro-carminate, nous montre de la manière la plus nette que nous avons eu affaire à un processus inflammatoire aigu. La tunique interne est épaissie et irrégulière. Les lésions au niveau de cette tunique ne paraissent pas tout à fait récentes. On voit de nombreuses cellules fusiformes allongées dans le sens de la direction du vaisseau ; par places seulement, se remarquent de petits îlots de cellules embryonnaires rondes. Les lésions sont plus prononcées et l'inflammation plus aiguë au niveau de la tunique moyenne. Il y a, en effet, une véritable infiltration embryonnaire de cette tunique ; les lames élastiques sont écartées et pour ainsi dire dissociées. En de nombreux points, des traînées de cellules embryonnaires, pressées, s'étendent de la tunique externe à la tunique élastique, et viennent se terminer sur les limites de la tunique interne. Les mêmes lésions inflammatoires aiguës s'observent sur la tunique externe, de plus, en ce point, se voient des coupes de vaisseaux en quantité notable.

OBSERVATION CXXXVII

(Ch. Liégeois. — Travail couronné par la *Société Médicale d'Amiens*, 1881. *Revue Médicale de l'Est*, 1er janvier 1883, p. 14.)

Aortite aiguë. — Angine de Poitrine

L'auteur relate une observation d'Angine de Poitrine qu'il a recueillie en 1876, à l'hôpital de la Pitié, service de M. Lasègue, chez une femme de trente-cinq ans. Au moment de son entrée, cette femme était très oppressée ; elle racontait que la veille, à midi, sans cause connue, elle avait tout à coup éprouvé une douleur extrêmement vive à la région précordiale avec irradiation dans le bras gauche. On reconnaissait là un accès d'Angine de Poitrine, mais quelle en était

la cause ? Le pouls était fort, sans irrégularités, les pulsations des radiales isochrones ; un bruit de souffle systolique existait à la base du foyer aortique. La température était à 38°. Lasègue diagnostiqua une *aortite aiguë* et prescrivit une application de sangsues.

OBSERVATION CXXXVIII

(RÉSUMÉE)

(H. LÉGER. — Loc. cit., p. 100, 109.)

Insuffisance aortique. — Aortite sous forme de poussées successives. Hémiplégie. — Mort.

M. G..., déménageur, 52 ans, grand, vigoureux, pâle, alcoolique, a éprouvé après une chute violente sur l'épaule des palpitations, vertiges passagers, douleur subite et brûlante derrière le haut du sternum ; entre dans le service de M. Bucquoy avec un léger œdème sus-malléolaire ; respiration peu fréquente, pouls égal des deux côtés, bondissant ; au cœur, l'impulsion est étendue, la pointe bat dans le sixième espace intercostal avec des bruits sourds, sans souffle ; au niveau de l'orifice aortique, le premier bruit est net, le second non perceptible est remplacé par un souffle doux, aspiratif se propageant vers le bord gauche du sternum jusqu'à l'appendice xiphoïde ; matité aortique normale, toux sèche, respiration emphysémateuse, urine normale.

4 octobre. — Six jours après son entrée, plus d'œdème, mais toujours chaleur rétrosternale avec dyspnée la nuit ; les piqûres de morphine ne donnent aucun soulagement, les accès augmentent, léger souffle au premier temps dans l'aorte ascendante ; vésicatoire sur la région précordiale.

13. — Teint du malade encore plus terreux, étouffements, plus de décubitus, pouls faible, œdème aux extrémités inférieures. Drastiques, injection de morphine. Le vin de Trousseau donne un peu de calme, mais dans la nuit du 18, étouffements terribles, battements tumultueux du cœur ; le chloral remplace la morphine, calme relatif pendant deux jours, on constate à la base du cœur en dehors et à gauche des bruits péricardiques et au niveau de l'édifice aortique un double bruit de souffle.

Le 24. — L'oppression augmente, 60 centigrammes de scammonée, injection plus forte de morphine, un peu de mieux ; vésicatoire sur le cœur, l'œdème diminue et finit par disparaître.

Le 8 décembre. — Le malade se lève, dort bien, mange bien, puis se sent de nouvelles alternatives d'oppressions, d'étouffements, de suffocations, de douleurs ; le régime lacté semble amener du soulagement quoique le cœur s'hypertrophie sensiblement ; enfin pendant une période de calme, le malade quitte l'hôpital le 22 janvier 1877, mais il y rentre le 1er février avec une hémiplégie incomplète du côté droit, stertor et mort deux jours après.

Autopsie. — Noyau de ramollissement cérébral à la partie postérieure du corps strié du côté droit.

Cœur volumineux, pesant 890 grammes, à parois épaisses friables et jaunâtres valvules aortiques saines, flexibles mais insuffisantes, valvule mitrale saine, très étendue, aorte très dilatée, à parois molles, épaisses et friables, diamètre de 6 centimètres, plaques jaunes à sa surface interne jusqu'à la bifurcation aux artères iliaques ; quelques-unes se crétifient, d'autres, dans l'intervalle de ces dernières sont rougeâtres, ou de couleur saumon ; valvules sigmoïdes saines.

Le lobe inférieur du poumon gauche n'est qu'un vaste infractus ; dans le lobe inférieur du poumon droit, il en existe plusieurs gros comme des noix, rien dans les lobes supérieurs.

OBSERVATION CXXXIX

(Walter-Moxon. — Croonian lectures on the influence of the circulation on the nervous système. The Lancet 1881. In Mémoire cité du Dr Liégeois)

Aortite aiguë chez une enfant. — Accès d'Angine de Poitrine suivis de mort.

Il s'agit d'une enfant de onze ans qui succomba à des accès répétés d'*Angor Pectoris* et à l'autopsie de laquelle on trouva une aortite des mieux caractérisées, sans altération des artères coronaires ni des valvules aortiques. Les nerfs cardiaques étaient en rapport immédiat avec les parties enflammées.

Ainsi que cela arrive souvent quand la maladie a duré un certain temps, il y avait ici une névrite cardiaque accompagnant l'aortite.

Il n'est pas rare de rencontrer, comme nous l'avons noté dans l'observation du Dr Poulin, des plaques fibreuses, athéromateuses ou calcaires suivant l'âge de la maladie et la constitution du sujet.

OBSERVATION CXL

(Dr Liégeois. — Mémoire cité)

Aortite à frigore. — Douleurs rétro-sternales. — Signes de rétrécissement aortique reconnu après quelques jours. — Accès d'Angine de Poitrine pendant des efforts de défécation.

Jeune homme de vingt-deux ans, artilleur dans un régiment à Paris, pas de syphilis ni de rhumatisme, fume peu.

Le 30 novembre 1876, en rentrant de l'exercice où il avait eu chaud, il se déshabille dans la chambrée, près d'une fenêtre grand'ouverte, et reçoit en pleine poitrine le vent froid du nord. Un quart d'heure après, il est pris d'un violent frisson accompagné de ce qu'il appelle un point de côté gauche au niveau du cœur avec vives douleurs au creux épigastrique ; en même temps que ces symptômes douloureux, il avait des palpitations et de l'essoufflement.

Le médecin du régiment envoya cet artilleur à l'infirmerie où il lui fit appliquer un vésicatoire sur la région précordiale, au-dessus du mamelon gauche ; et après quinze jours, la fièvre étant continue, il l'envoya à l'hôpital Saint-Martin, dans le service de M. le médecin principal Molard.

Le diagnostic inscrit sur la feuille de maladie par M. Molard, fut : « *Rétrécissement aortique ; herpès circiné dans le triangle sus-claviculaire droit*, (cette dermatose contagieuse existait, paraît-il, au 3e d'artillerie).

De fait, le malade qui a eu, comme on le voit, des symptômes d'*aortite subaiguë* révélés jusqu'à présent par des douleurs rétro-sternales, de l'essoufflement, quelques palpitations sans douleurs dans le trajet des nerfs phréniques, présente le 14 décembre 1876, époque à laquelle je l'examine, une hypertrophie considérable du ventricule gauche, et au foyer des bruits aortiques au premier temps, un bruit de souffle rude se propageant du côté de la carotide ; le pouls radial petit, serré, est à 120.

Le 16 décembre, cet homme, au moment où il faisait des efforts très modérés de défécation, est pris tout à coup d'une douleur sternale des plus intenses, s'étendant à l'épaule gauche et à la partie interne du coude correspondant ; il est dans une angoisse indicible, le fantôme de la mort se dresse devant lui. Assis sur la chaise percée, il baisse le corps en avant, les deux poings crispés de chaque côté des cuisses. Son accès d'*Angor* a duré cinq minutes.

Ne l'ayant jamais revu, je ne sais ce qu'il est devenu.

OBSERVATION CXLI

(RÉSUMÉE)

(H. LÉGER. — Opere citato, p. 104-105)

Aortite aiguë. — Mort dans le premier accès d'Angine de Poitrine.

X..., trente-quatre ans, ménagère, n'a jamais été malade, sans accidents rhumatismaux, était venue à la consultation pour des malaises et une dyspnée légère, dont on n'avait pas trouvé la cause, quand elle revient quelques jours après complétement anhélante et réclamant son admission.

Face pâle, sueurs froides, lèvres bleuâtres, douleur très vive dans le côté droit, difficulté de respirer, pas de fièvre, pouls petit, rapide, égal des deux côtés. Pas de matité pleurétique, murmure vésiculaire pur, exagéré, masquant l'auscultation du cœur, où on ne perçoit pas de bruit de souffle. Vomissements bilieux.

La douleur devenant intolérable se prolonge dans le bras droit et jusqu'au bout des doigts ; lèvres livides, mort apparente, conjurée par des ventouses sur la poitrine. La respiration la ranime un instant, mais une douleur vive survient au cou du côté droit, la pression sus-claviculaire au niveau du phrénique est très douloureuse des deux côtés, surtout à droite. Puis survient une douleur horrible à l'épigastre, qui va, dit-elle, la faire mourir de suite. Une injection de morphine ne la calma point, les inspirations deviennent rares et la malade meurt.

Autopsie. — On trouve : 1° dans le péricarde, 200 grammes de sérosité ; 2° une altération aortique très marquée ; valvules épaisses, indurées mais suffisantes. Elles ont une coloration jaunâtre, s'étendant par îlots sur la base de la valve mitrale postérieure. Orifice aortique rétrécie, admettant à peine le petit doigt. Au-dessus, l'aorte est jaunâtre, épaisse, marbrée d'îlots ; malheureusement, l'embouchure des artères n'a pas été examinée.

Dans beaucoup de cas d'Angine de Poitrine, dit M. Léger, les crises douloureuses de l'aortite ressemblent en tout point à celles de l'Angine de Poitrine. Elles en offrent toutes les variétés d'intensité, de durée et d'irradiations... On a voulu établir une différence entre ces accès douloureux survenant dans l'aortite et les accès d'Angine de Poitrine, sous la dépendance d'une autre cause. La différence est si difficile à saisir, s'il en existe quelqu'une, que nous renonçons à vouloir l'établir. Ce qui présente sans conteste un caractère particulier dans l'aortite, c'est la manière d'être de ces accès qui n'éclatent pas subitement sans signes précurseurs au milieu d'une santé parfaite, mais qui viennent se surajouter tout à coup à une dyspnée gênante, à un sentiment de lourdeur, de poids permanent, quelquefois à une brûlure ou une déchirure dans la région rétro-sternale ou épigastrique accompagnée d'une angoisse extrême, de sueurs froides et de craintes de la mort. Tels sont les signes caractéristiques de l'aor-

tite, ses symptômes primitifs, mais quand il s'y joint des irradiations douloureuses à l'épaule, au bras, à la main gauche, il devient tout à fait impossible de déclarer, comme le dit M. Chatelain, où finit la douleur de l'aortite et où commence l'Angine de Poitrine. Ce qui est d'autant plus difficile que l'aortite (et on en trouvera plusieurs exemples dans les observations que nous citons), limitée et même parfois diffuse, ne se révèle par aucun de ces symptômes ; sa première manifestation est un accès d'Angine de Poitrine, et il arrive que cette première attaque emporte le malade. Plusieurs cas d'Angine de Poitrine, considérée comme essentielle, sont dus à cette altération existant à l'état latent. Plus souvent, cependant, les accès deviennent plus fréquents, apparaissent après le repas, après une émotion, se rapprochent, ébranlent et minent l'état général jusqu'à ce que la mort arrive subitement.

OBSERVATION CXLII

(PERSONNELLE)

Aortite chronique avec poussée d'aortite aiguë. — Angine de Poitrine. — Mort.

Le 11 août 1860, je suis appelé dans la nuit au village de Chaumontet, auprès du sieur Roudy, ardoisier, 48 ans, nervoso-sanguin, robuste jadis, mais présentement assez débilité. Voici les symptômes que j'observe : la face est pâle, bouffie, terreuse, les lèvres et les gencives ne sont pas cependant décolorées ; le malade est assis sur une chaise, les yeux fermés, la poitrine et le cou découverts, les traits exprimant une angoisse très pénible, la respiration est fréquente mais peu profonde, non point que l'air pénètre avec difficulté dans la poitrine, mais parce qu'il craint en dilatant la poitrine de rendre la douleur plus aiguë — cris plaintifs, inarticulés, se succédant sans cesse. J'interroge le malade et lui demande où il souffre, il me fait signe qu'il ne peut parler et me désigne le côté gauche du sternum et le côté gauche du cou. C'est avec sa main droite qu'il m'indique les points douloureux; le bras gauche étant engourdi et douloureux, le malade ne le remue qu'avec crainte. Le pouls est à 80.

J'apprends de sa femme qu'il est malade depuis vingt-cinq jours, qu'il s'est décidé avec peine à consulter un médecin. Sa maladie a débuté un jour qu'il gravissait une de ces petites échelles dont les ardoisiers se servent pour couvrir les toitures ; il ressentit une violente douleur au cœur, resta immobile, et ne redescendit péniblement à terre que lorsque le mal se calma, après être resté pendant quelques minutes dans une anxiété extrême. Un quart d'heure après, il ne ressentait aucun mal, à l'exception d'un sentiment de fatigue dans la poitrine. Ses crises se renouvelèrent peu de jours après. La marche les provoquait ; d'une vivacité sans égale, il ne put bientôt plus supporter une émotion ou se mettre en colère sans ressentir dans le cœur comme un coup d'épée et avoir un accès. Ses forces diminuèrent, bien que dans l'intervalle des accès, son appétit se soutint. Le médecin appelé par lui, constatant une insuffisance des valvules et de l'irrégularité dans le pouls, prescrivit d'abord des granules de digitaline et de la valériane en infusion. Puis, l'anémie se dessinant de plus en plus, de la bouffissure se montrant au visage, il y joignit du sirop de quina au Bordeaux et des préparations ferrugineuses ; il n'avait jamais été témoin d'un paroxysme.

Pendant les trois jours qui précédèrent la nuit où je fus appelé, R... eut

quatre crises, dont les unes survinrent pendant qu'il gravissait les escaliers conduisant à sa chambre, les autres à la fin des repas ou lorsqu'il montait sur son lit. Le dernier accès s'est montré à six heures et demie du soir, après avoir bien dîné, seulement, de plus qu'à l'habitude, il a éprouvé une grande suffocation et des contractions douloureuses de l'estomac suivies de vomissements muqueux. Cette attaque a duré un quart d'heure et le malade est resté calme jusqu'à huit heures et demie, mais en voulant remonter sur son lit, le mal reparaît. C'est alors qu'on m'envoie chercher, étant bien plus près que son médecin habituel, qui demeurait à Angoulême.

J'attendis un quart d'heure, mais l'attitude du malade, son état d'angoisse, m'avaient fait reconnaître une Angine de Poitrine. Roudy put enfin me répondre par monosyllabes, à voix basse et en se hâtant ; bientôt des éructations survinrent, et le malade calmé put me raconter son histoire. Je percutai la région du cœur ; son volume n'a que légèrement augmenté, cependant ses contractions, modérées sans doute par la digitaline, sont énergiques et appréciables à la main. J'auscultai, et reconnus un bruit de souffle suivant immédiatement le premier temps et pouvant être ainsi noté : *tic-ouh-tac,* ce qui me révélait un rétrécissement de l'orifice de l'aorte. Pour mieux me convaincre que c'est bien le cœur gauche qui est atteint, je mets mon oreille sur le côté droit de la poitrine, et ce bruit disparaît pour faire place au tic-tac naturel du côté droit. Pour en être plus certain encore, je cherche et je trouve le prolongement de ce bruit morbide dans les artères. D'autres signes me prouvent encore qu'il n'y a point de rétrécissement de l'artère pulmonaire, les veines du cou ne sont point distendues comme elles devraient l'être si cette disposition pathologique existait. Les lèvres ne sont pas violacées, le visage n'est pas marbré de taches, enfin les pieds ne sont pas œdématiés et les poumons sont sains.

Je demandai à Roudy s'il n'avait pas eu d'antécédents goutteux ou rhumatismal, il m'assura que non ; donc pas d'endocardite arthritique. J'avais donc réellement affaire à une Angine de Poitrine : la violence de la douleur, l'engourdissement du bras gauche, l'anxiété profonde du malade me le démontraient, mais qu'elles étaient sa cause, sa nature, il y avait sûrement un rétrécissement aortique, mais cela suffisait-il pour l'occasionner ? N'y avait-il pas une véritable aortite ? Celle-ci n'avait-elle pas déterminé à son tour un rétrécissement, une oblitération peut-être des artères coronaires, en s'étendant jusqu'à elles ? Autant de points indécis presque impossibles à reconnaître, à préciser. La digitaline avait bien pu ralentir, régulariser les battements du cœur, diminuer son état maladif et retarder un moment la réapparition des attaques, mais elle était insuffisante contre la cause première du mal, l'affection cardiaque qui, à en juger par le tableau que j'avais sous les yeux, devait être grave. Il y avait là une épine maladive existant sans doute depuis plusieurs années. L'état d'anémie profonde de Roudy et la pauvreté de son sang, en laissant le système nerveux prédominer à son aise, avaient dû aussi favoriser l'apparition de la névrose.

Fort embarrassé, et cela se comprend, à une époque (nous étions en 1860) où la pathogénie de l'*Angor* était bien plus obscure que de notre temps, et où la médication était loin d'être aussi riche qu'aujourd'hui, je conseillai des pilules d'opium et de belladone, à doses fractionnées, mais répétées toutes les demi-heures, un liniment chloroformé sur la région du cœur, une immobilité

complète, un silence absolu et la station assise, J'espérais, sans trop y compter, que les narcotiques calmeraient la douleur, mais deux heures après, on m'appelle de nouveau pour visiter Roudy, repris de la même manière et avec la même violence qu'auparavant. J'accours ; la scène morbide était la même, seulement le pouls plus petit était plus fréquent. J'essaye les inhalations d'éther et de chloroforme, elles ne sont pas supportées par le malade. J'applique au-dessous du sein des ventouses que je scarifie légèrement, des sinapismes aux pieds, le calme revient. J'en profite pour établir sur le point douloureux un vésicatoire instantané, au moyen de l'ammoniaque, puis je le panse avec de la morphine, et je laisse enfin, vers huit heures et demie du matin, mon malade plus calme ; il a même pu se coucher. Mais le reste de la journée n'est qu'une alternative cruelle de crises aiguës suivies de périodes de calmes de moins en moins longues. Le malade s'impatiente, s'agite, pousse des cris inarticulés, se plaint d'élancements au cœur. Les vomissements muqueux reparaissent, la respiration s'accélère, devient de plus en plus incomplète, le pouls est petit, fréquent, de plus en plus irrégulier, la douleur acquiert un degré de violence inouïe, les extrémités se refroidissent et Roudy expire à trois heures et demie de l'après-midi dans cet état que M. Huchard a si ingénieusement appelé *État de mal Angineux* et dont nous citerons plus loin une très belle observation.

Je n'hésite pas à croire que chez lui il y avait inflammation et rétrécissement de l'aorte, et peut-être oblitération des artères coronaires, ce qui aura précipité sa fin.

Du reste, on voudra bien remarquer l'analogie qui existe entre notre observation et l'observation suivante si complète et si concluante, relativement à l'influence étiologique de l'aortite sur l'Angine de Poitrine, relatée par MM. Huchard et Pennel, dans la *Revue de Médecine.*

Nous allons la reproduire ici en entier, car elle montre combien il est difficile parfois de constater l'existence d'une aortite même avancée. On verra ainsi combien le rôle de cette maladie peut rester effacé, et son action occulte pendant la vie, bien que ses effets aboutissent à une véritable transformation des tissus aortiques, que dis-je, à leur destruction quasi complète, clairement démontrée par les altérations observées après la mort.

OBSERVATION CXLIII

(Docteurs H. Huchard et Pennel. — Loco citato.)

Angine de Poitrine chez un syphilitique et alcoolique ; aortite chronique avec poussée d'aortite aiguë. — Mort rapide. — A l'autopsie, aortite oblitérante, en plaques, ayant déterminé le rétrécissement des artères émergeant de la crosse aortique et surtout celui d'une artère coronaire. — Anomalie artérielle. — Mécanisme de la mort par ischémie cardiaque.

Le nommé G..., Adrien, âgé de trente-deux ans, chauffeur, entre à l'hôpital Ténon, service de M. Huchard, salle Barth, numéro 18, le 6 février 1883.

C'est un homme de taille moyenne, robuste, fortement musclé. Il a contracté la *syphilis* en 1871, époque à laquelle il fut soigné à l'hôpital du Midi pour un chancre infectant. Le traitement consista en pilules d'hydrargyre à prendre chaque jour. Bien que le malade ait suivi ce traitement seulement pendant deux mois, il ne paraît jamais avoir présenté d'accidents secondaire ou tertiaire. Militaire pendant cinq années, dont deux passées en Afrique, il se livrait fréquemment à des *excès alcooliques* et buvait beaucoup d'absinthe.

On ne note aucun accident de malaria ou de rhumatisme dans ses antécédents pathologiques.

Il est venu à l'hôpital pour des douleurs vagues qu'il ressent depuis un mois dans la poitrine, douleurs survenant pendant son travail, accompagnées d'irradiations dans le bras gauche, le coude et les deux derniers doigts de la main gauche. Ces douleurs obligent le malade à s'arrêter quelques instants, puis tout se passe, et le travail peut être assez rapidement repris. Il n'a jamais éprouvé ni palpitations ni dyspnée. Depuis que ces sortes d'accès douloureux ont apparu, l'appétit a notablement diminué, le sommeil est devenu moins bon, et, quand il se présente à l'hôpital le 6 février, nous le trouvons dans l'état suivant :

N'étaient les douleurs et une sorte d'oppression vague qu'il accuse dans la poitrine, notre homme paraît bien portant, robuste et vigoureux, sans œdème des membres inférieurs, sans cyanose ni pâleur de la face. Le pouls est bon, calme, régulier, normal ; l'artère radiale ne présente pas la dureté de l'athérome ; la peau est fraîche, il n'y a pas de fièvre ; la langue est couverte d'un léger enduit saburral, l'appétit médiocre. *Les poumons et le cœur sont en parfait état ; ni à la pointe, ni à la base dans la région aortique, on ne consatte de phénomènes anormaux;* il n'y a pas trace d'hypertrophie cardiaque.

Les urines sont claires, assez abondantes, sans albumine.

Le matin, au lever, le malade a des pituites fréquentes, et son sommeil est troublé par des cauchemars et des visions presque constantes.

Il est d'abord soumis au régime lacté pendant trois jours, durant lesquels l'oppression précordiale s'amenda sensiblement. Le samedi 10 février, il demande à manger, car il a, dit-il, grand appétit ; la permission lui en est accordée, et dans la journée il mange avec plaisir, puis descend avec ses voisins au jardin, où il joue même avec entrain.

Le dimanche 11 février, à la visite du matin, il se plaint de nouveau à l'interne du service de gêne dans la région précordiale avec quelques douleurs légères dans le bras gauche. Il mange cependant à onze heures avec assez d'appétit ; mais la surveillante a remarqué pendant le déjeuner, que le visage de cet homme, ordinairement coloré, était manifestement devenu pâle. Puis il descend encore au jardin et fume plusieurs cigarettes, en se plaignant toujours d'un poids sur la poitrine. A une heure environ, il remonte dans la salle, située au deuxième étage, et pour faire ce trajet, les étouffements qu'il ressent le contraignent de s'arrêter trois fois en route. Il se couche alors et, depuis une heure jusqu'à trois heures, cause avec les personnes qui lui rendent visite. Pendant ce temps, la gêne respiratoire avait diminué. A trois heures, il va dans le salon des malades, fume encore et joue avec des camarades. A cinq heures, il dîne sans trop se plaindre. Vers sept heures et demie, il dit au garçon de la salle

qu'il a un poids énorme au devant du cœur et fait appeler la surveillante. Quand cette dernière arrive, vers huit heures du soir, elle trouve le malade dormant paisiblement. A neuf heures, il s'éveille brusquement, il se plaint d'une violente *angoisse*, éprouve une *douleur* atroce avec sensation d'étouffement dans la région précordiale, se tordant dans son lit et appelant à l'aide ; une surveillante de nuit lui applique un sinapisme au devant du cœur ; à peine est-il placé : « Otez-moi cela, je souffre horriblement dans le dos, j'étouffe, » Pendant ce temps, le malade devenait violacé et portait constamment les mains au devant de la poitrine comme pour y arracher un poids insupportable. Cet état de crise douloureuse, avec angoisse, se prolongea, avec des répits divers, jusque vers onze heures et demie du soir ; à aucun moment durant cette attaque terminale le malade ne se plaignit de douleurs dans le bras. C'était toujours à la poitrine et surtout à la région précordiale, sous le sternum, qu'il accusait de terribles souffrances. A onze heures et demie seulement, on pense à demander l'interne de garde. Celui-ci arrive aussitôt ; mais le malade ne parlait déjà plus, il était cyanosé et couché sur le côté ; il fit encore trois ou quatre inspirations profondes et succomba malgré des injections d'éther qui lui furent immédiatement pratiquées.

A l'*autopsie*, faite trente-deux heures après la mort, on remarque la couleur encore violacée du cadavre ; la face paraît bouffie.

L'ouverture du thorax est faite suivant le procédé ordinaire, en enlevant un plastron sternal. On trouve les poumons fortement congestionnés, laissant écouler un sang très noir à la coupe. Ce qu'il y a de particulier, c'est l'absence d'ecchymoses pleurales et péricardiques, tandis qu'il existe sur le trajet de l'aorte, depuis sa naissance jusqu'aux piliers du diaphragme, une injection énorme se traduisant par un lacis vasculaire extrêmement marqué. En outre, dans la gaine de l'artère, au niveau du péricarde péri-aortique, on trouve des ecchymoses au nombre de quatre, situées l'une entre la naissance du tronc brachio-céphalique et la carotide primitive gauche, et trois autres plus bas, à deux centimètres environ l'une de l'autre, placées toutes dans la gaine du vaisseau, mais à sa partie postérieure. Elles sont d'une grande netteté ; leur surface est à peu près égale à celle d'une lentille.

En disséquant l'aorte, on trouve une vascularisation très marquée des organes qui l'avoisinent ; cependant la congestion ne paraît pas atteindre le voisinage des nerfs pneumo-gastriques.

A la partie terminale de la crosse aortique, au moment où elle devient verticale, il existe dans son intérieur une grande plaque d'aortite, longue de trois centimètres et demi suivant l'axe du vaisseau et large de deux centimètres à peu près. Cette plaque est située à la partie latérale gauche et un peu en arrière de l'aorte ; elle fait une saillie très marquée dans l'intérieur du vaisseau et n'est nullement calcaire ; elle présente une consistance gélatino-fibreuse, de couleur gris blanchâtre, à bords irréguliers et surélevés. Une coupe fraîche examinée au microscope a montré une prolifération très abondante du tissu conjonctif au niveau de la tunique interne, et un épaississement marqué de la tunique moyenne ; la tunique externe est elle-même légèrement épaissie, et le tissu conjonctif y est plus abondant qu'à l'état normal. Il n'existe pas au niveau de la plaque d'aortite, de dégénérescence graisseuse ou calcaire.

En continuant d'inciser le vaisseau dans la direction du ventricule gauche, on trouve une autre plaque d'inflammation au niveau précis de la naissance de la carotide primitive gauche ; aussi le calibre de cette artère est-il très rétréci et ne présente-t-il plus que le tiers à peine de l'ouverture normale. Cette plaque fait le tour complet de la carotide, mais ne s'étend pas à plus d'un demi centimètre dans son intérieur. Elle est aussi fibreuse et non calcaire.

Plus bas encore, nous remarquons à la naissance de l'aorte, dans toute la largeur du vaisseau, sur une hauteur de trois centimètres, dépassant de un centimètre et demi le bord libre des valvules sigmoïdes, une surface boursouflée de couleur gris blanchâtre, à bord supérieur sinueux, un peu dure au toucher, mais non calcaire. Il semble donc qu'on ait affaire à de l'aortite relativement récente.

Cette inflammation de l'aorte a produit un rétrécissement considérable du calibre des artères coronaires. Ces artères elles-mêmes offrent une particularité importante : ainsi on ne trouve qu'une seule coronaire naissant au niveau du bord libre des valvules sigmoïdes ; elle a son ouverture tellement diminuée sous l'influence de l'inflammation de l'endartère qu'à peine on peut y passer la pointe d'un très fin stylet de trousse. Immédiatement après, le calibre s'élargit et reprend son diamètre normal. Cette artère coronaire nourrit à la fois et le sillon auriculo-ventriculaire et les deux sillons interventriculaires droit et gauche ; à peine née, elle se bifurque ; une branche suit le sillon auriculo-ventriculaire et donne un gros rameau au sillon postérieur du cœur ; l'autre nourrit le sillon antérieur. On trouve plus haut dans l'aorte, à deux centimètres au-dessus de l'artère coronaire, l'ouverture extrêmement petite d'un autre vaisseau, mais qui ne paraît pas se rendre dans les parois cardiaques.

Le cœur lui-même ne présente aucune altération. Pas de caillots. Le muscle cardiaque est sain : il ne paraît pas anémié ; cependant il a une apparence pâle et présente à son exterieur un peu de surcharge graisseuse. Pas de lésions inflammatoires sur la mitrale ou la tricuspide. Les valvules aortiques sont parfaitement suffisantes et ne portent pas la moindre trace d'inflammation.

Le muscle cardiaque, examiné au microscope, a été trouvé absolument sain.

Tous les autres organes sont très congestionnés : les reins, le foie, la rate, la pie-mère, le cerveau, le bulbe ; mais ils ne présentent aucune altération.

Le plexus cardiaque n'a pas été examiné au microscope, mais nous devons affirmer de la façon la plus formelle, qu'à l'œil nu, il a été impossible de constater la moindre trace d'inflammation ou d'hypérémie péri-aortique. Les ecchymoses qui ont été trouvées en avant de l'aorte n'étaient que l'effet de troubles asphyxiques qui avaient terminé l'accès ; elles ne peuvent en aucune façon être invoquées comme cause de l'attaque angineuse.

Dans une des intéressantes leçons qu'il professe chaque année à l'hôpital Bichat, M. Huchard a cité une autre observation que nous relatons ici, où l'aortite se complique d'artério-sclérose (1) :

(1) H. Huchard. — Leçon sur les Angines de Poitrine faite à l'hôpital Bichat, le 16 mai 1886.

OBSERVATION CXLIV

Aortite chronique compliquée d'Angine de Poitrine et d'artério-sclérose. — Guérison de l'*Angor*. — Mort par poussée d'*aortite aiguë* (les accès angineux ayant totalement disparu par la médication iodurée).

Un homme âgé de cinquante-quatre ans, alcoolique, entre à l'hôpital Bichat, le 2 octobre 1885, salle Andral, nº 9, se plaignant d'une douleur rétro-sternale très violente, angoissante, apparaissant depuis un mois, aussitôt qu'il veut travailler ou marcher. La douleur a des irradiations dans le bras gauche, le cou, la face et le dos. Aussitôt qu'elle survient, elle cloue le malade sur place. Jamais elle ne se présente spontanément, il faut, pour qu'elle éclate, ainsi que nous venons de le dire, que le sujet se livre à quelque effort. S'il s'arrête et reste immobile pendant quelques minutes, elle disparaît.

Le diagnostic n'était point douteux pour M. Huchard ; il avait affaire à une Angine de Poitrine vraie, symptomatique d'une affection aortique plus ou moins avancée, et rien que cette circonstance, l'*apparition de la douleur quand il faisait le moindre effort*, suffisait pour lui faire penser que cette Angine de Poitrine dépendait d'une aortite.

Il restait à constater l'existence de cette dernière par les signes qui lui sont particuliers. M. Huchard trouva en effet une matité aortique plus large que d'habitude ; elle occupait une étendue de six centimètres au lieu de deux à trois qu'elle a dans l'état normal ; le premier bruit du cœur était sec, parcheminé, le second était clangoreux ; la sous-clavière saillante, faisant relief, indiquait bien une dilatation de l'aorte ; il y avait au cou des battements artériels très sensibles. Enfin cet homme présentait les signes d'une artério-sclérose évidente. Les artères étaient résistantes, la radiale dure, saillante, soulevait le doigt en entier et décrivait des flexuosités. Toutes ces raisons entraînèrent M. Huchard à porter le diagnostic suivant :

Angine de Poitrine vraie, symptomatique, d'une artério-sclérose assez généralisée et d'une aortite chronique, se manifestant de temps à autre par des poussées aiguës.

Le malade fut gardé pendant deux mois en observation, mais quoiqu'il trouvât à l'hôpital un repos presque absolu, ses accès d'*Angor* reparaissaient le jour aussitôt qu'il s'agitait un peu ; quand tout à coup, et cela sans s'être trouvé la veille plus mal qu'à l'ordinaire, un accès violent et qui dura plusieurs heures, éclata dans la nuit ; il s'accompagna d'irradiations douloureuses dans le bras gauche. L'interne de service fit une injection sous-cutanée de nitrite d'amyle à la suite de laquelle la face rougit et se congestionna ; l'accès se calma aussitôt.

Cet accès différait des autres en ce sens qu'il était survenu brusquement, la nuit, sans avoir été provoqué par aucun effort, aucun mouvement et que sa durée avait été bien plus longue que celle de ceux qui l'avaient précédé.

Dès le lendemain, M. Huchard institua le traitement ioduré de la manière que nous indiquerons un peu plus loin, et bientôt, trois semaines, un mois après, un calme considérable se produisit, les accès d'*Angor* s'atténuèrent, s'éloignèrent, et enfin disparurent complétement, à tel point que ceux qui n'avaient pas été témoins auparavant de ses souffrances, se figuraient difficilement avoir devant eux un angineux.

Cette amélioration ne pouvait cependant durer bien longtemps ; trois mois après, le 18 février 1886, il survint chez le malade, des symptômes dyspnéiques nettement accusés, apparaissant non pas spontanément comme dans l'asthme, mais provoqués par le moindre effort.

Ils décelaient la marche aggravante de l'aortite qui aime à procéder ainsi par poussées ; bientôt l'état du malade empira ; les signes caractéristiques d'une insuffisance aortique survinrent ; il se fit un épanchement dans la plèvre droite ; de l'œdème apparut aux extrémités inférieures, une pâleur extrême de la face révéla la gravité de la position ; il survint de l'albuminurie, de l'asystolie, et enfin la mort termina cet état de choses. Cependant, on put remarquer qu'en même temps que les symptômes de dyspnée se présentaient chaque jour plusieurs fois et de plus en plus accentués, il n'y avait plus que des accès fort atténués d'*Angor Pectoris*.

A l'autopsie, on trouva des attérations du cœur et des artères coronaires expliquant bien par l'ischémie cardiaque l'apparition des accès angineux ; l'aorte était dilatée, épaissie, enflammée dans presque toute son étendue, comme l'avait diagnostiquée M. Huchard ; elle était semée de plaques et d'îlots calcaires trop épais pour que l'iodure de potassium ait pu les faire disparaître, M. Huchard trouva en outre le cœur hypertrophié comme il l'avait annoncé ; l'artère coronaire droite était complétement oblitérée ; il était même impossible de trouver à l'intérieur l'orifice de cette artère ; pour découvrir son ancienne place, il fallut l'ouvrir en dehors et suivre aussi son trajet ; un stylet très fin et même une soie de sanglier ne purent franchir le pertuis intérieur ; la coronaire gauche était aussi très rétrécie. Il existait enfin une sclérose rénale assez avancée, ce qui explique l'albuminurie survenue dans les derniers temps.

M. Huchard, malgré l'investigation la plus minutieuse, ne trouva point à l'autopsie la moindre trace de névrite du plexus cardiaque. Cet examen superficiel ne lui suffisant pas, il confia cette étude à quelqu'un dont l'expérience et l'habileté dans les recherches microscopiques sont reconnues par tous, M. Babinski, qui n'a trouvé aucune lésion dans le plexus cardiaque; mais il faut bien le dire, cet examen a été fait un peu tardivement, par conséquent dans des conditions défavorables et d'une manière incomplète.

Dans l'observation suivante, nous voyons l'abus du tabac aggraver la marche rapide d'une aortite chronique et une poussée d'aortite aiguë hâter la fin du malade.

OBSERVATION CXLV

(PERSONNELLE)

Aortite chronique aggravée par l'abus du tabac. — Poussée d'aortite aiguë — Angine de Poitrine. — Mort.

M. X..., de Toulon, est un riche négociant, à la tête d'une maison de commerce considérable, bien doué physiquement et intellectuellement ; il est âgé de cinquante-trois ans et marié ; il n'a jamais eu de maladies dans sa jeunesse, fait aucun excès, seulement il fumait constamment. D'une nature ardente et émotive, sa tête travaille toujours, soit pour ses affaires de commerce, soit

pour composer des vers ; il se met facilement en colère. Il vient me consulter en mon cabinet, en mars 1886, et voici ce qu'il m'expose :

Depuis deux ans, il ne peut pas marcher plus de cinq minutes, ni monter un escalier sans être essoufflé, et s'il ne s'arrête pas, s'il persiste à marcher, il ressent un tiraillement aigu au cœur, sur le côté gauche du sternum, avec irradiation douloureuse dans le bras gauche qui le force à s'asseoir et à rester immobile ; au bout de cinq minutes tout est fini.

S'il a mangé, la douleur retentit dans le dos. Le malade la compare à des aiguilles qu'on enfoncerait dans sa poitrine. Avant de ressentir cette douleur sternale, il convient qu'il y avait chez lui depuis plusieurs années de l'oppression et de la difficulté à respirer quand il pressait le pas. Son pouls était très précipité et il l'est encore. Il n'a jamais eu de rhumatismes, ses digestions sont un peu laborieuses.

Il a eu, il y a dix ans, une hémorrhagie nasale abondante qui s'est renouvelée en février 1886. L'estomac n'est point balloné, il n'a pas d'hémorroïdes, ses pieds ne sont pas œdématiés.

La nuit, s'il se couche sur le côté gauche, il a des rêves pénibles ou des hallucinations, il chante, déclame, versifie, et plus d'une fois il a arraché les cheveux de sa femme s'imaginant plumer un oiseau.

Depuis l'existence de sa douleur sternale il s'affecte beaucoup, voit tout en noir, et est devenu sombre et inquiet.

On l'a rassuré à Toulon, où son médecin lui a dit qu'il n'avait qu'une névralgie intercostale, mais ses voyages le forçant à venir à Paris deux fois par an, il y a consulté le Dr L... qui a paru confirmer ce diagnostic, car il a ordonné un régime doux, des œufs à la coque, des viandes blanches et de l'eau minérale et lui a défendu de fumer.

Plus tard, il a consulté M. le professeur H... qui lui a ordonné de l'iodure de potassium, du vin blanc coupé avec de l'eau minérale, et en même temps, car son esprit inquiet le fit consulter plusieurs médecins à la fois, afin de contrôler leurs ordonnances (moyen dangereux pour un malade frappé d'avance), il alla demander des conseils au Dr C..., qui lui prescrivit d'alterner une potion au bromure de potassium avec une autre à l'iodure de potassium et conclut, comme M. H..,, par une défense de fumer absolue.

Dans un nouveau voyage à Paris, il consulta à nouveau, et pour moi, voici ce que j'observai chez lui : matité aortique dépassant quatre centimètres, souffle systolique sur le trajet de l'aorte ; douleur légère à la pression à la partie supérieure du sternum et à l'articulation sterno-claviculaire, sentiment de constriction continue avec exacerbations intermittentes derrière cet os ; à mesure qu'on s'éloigne de ce foyer la douleur diminue ; essoufflement en marchant vite ou en montant un escalier ; pas de sentiment de brûlure au haut du sternum. N'importe, je penchai pour une aortite se compliquant à chaque poussée d'accès d'*Angor*. J'instituai un traitement mixte, composé d'iodure et de bromure de potassium, à alterner, révulsifs, inhalations de nitrite d'amyle au cas où surviendrait un accès réel dont M. X... n'avait ressenti jusque-là que les avant-coureurs. Enfin j'insistai énergiquement sur la privation progressive mais absolue sous peu de temps de tabac, l'abandon des affaires et le repos à la campagne.

Il paraît que M. X..., très perspicace, s'alarma fort de cette défense unanime et se crut beaucoup plus malade qu'on ne voulait le lui dire. Son caractère s'assombrit, il ne s'intéressa plus que médiocrement à ses affaires, et devint mélancolique, répétant souvent qu'il ne jouirait pas longtemps du repos qu'il allait prendre.

Cette disposition d'esprit si différente de son état habituel, à laquelle la privation de son tabac n'était pas sans doute étrangère, quoiqu'elle ne fut pas encore absolue, prépara peut-être l'attaque angoreuse ; quoiqu'il en soit, dans les premiers jours du mois de juin et alors qu'il avait les apparences de la plus belle santé, il fut pris à sa campagne, où se trouvait auprès de lui un de mes amis, le Dr A..., de Toulon, d'une douleur poignante s'irradiant de la base de sa poitrine à l'un des bras et au cou, du côté gauche, s'accompagnant d'un sentiment d'angoisse très pénible avec menace de syncope. Il ne savait plus quelle position tenir, ressentait comme une barre rigide comprimant la poitrine, et le menaçant d'une suffocation et même d'une asphyxie imminente ; enfin peu à peu, sous l'influence d'un traitement antispasmodique, tous ces phénomènes si alarmants, indiquant nettement le genre d'affection à laquelle il était en proie, s'amendèrent et tout rentra graduellement dans l'ordre ; néanmoins, malgré le traitement ioduré institué, le médecin de la famille éprouvait la crainte d'un retour ; elle n'était point chimérique, car huit jours après, une nouvelle crise l'envahit à nouveau, mais un peu moins violente cependant que la première ; ces deux crises agirent profondément sur son état moral, car le mot *aortite* prononcé lors de la consultation à Paris était, paraît-il, resté gravé dans sa mémoire. On fit tout pour le sortir de ses idées noires en l'engageant à abandonner absolument son commerce, la cigarette, et à suivre ponctuellement le traitement énergique approprié à son état.

Il promit bien de le faire régulièrement lorsqu'il serait délivré du souci des affaires qu'il allait quitter le 1er juillet, une fois son inventaire fait.

Il n'en eût pas le temps, car quatre jours après, le soir, sous le coup sans doute de l'émotion profonde que lui causait l'abandon de cette maison qu'il avait créée et élevée au plus haut degré de prospérité, il fut pris d'une troisième crise, la plus terrible de toutes ; cette dernière atteinte offrit les symptômes les mieux accusés de l'Angine de Poitrine, liée à une altération profonde du cœur et de ses gros vaisseaux, les paroxysmes n'ont cessé que le 16 juin au soir, au milieu d'une syncope, pendant que le Dr A... pratiquait une injection d'éther et malgré toute l'énergie du traitement employé. Tout fut mis en œuvre, révulsifs, purgatifs, inhalations de nitrite d'amyle, d'oxygène pur, potion à la nitro-glycérine, injections de morphine, d'éther ; du moment de l'invasion de la crise jusqu'à la mort, le décubitus n'a plus été possible, à peine eut-il quelques instants de repos qui étaient bientôt troublés par le retour des souffrances les plus aiguës supportées avec une résignation héroïque par ce pauvre malade qui s'éteignit en conservant jusqu'au bout toute sa lucidité intellectuelle.

M. Liégeois, qui s'est particulièrement attaché à étudier et à faire ressortir l'importance étiologique de l'aortite dans l'histoire de

l'Angine de Poitrine, cherche à démontrer par les observations suivantes, empruntées à la thèse de M. Léger, que l'Angine de Poitrine, chez un individu porteur de lésions athéromatheuses chroniques de l'aorte, choisit souvent pour faire son apparition le moment où il survient des *poussées d'aortite aiguë* occasionnées par l'athérome agissant à titre de corps étranger ou par une autre cause occasionnelle qu'il est parfois très difficile d'apprécier.

Cette variété constitue notre seconde division de l'aortite aiguë deutéropathique.

OBSERVATION CXLVI
(RÉSUMÉE)

(BUCQUOY in Léger. — Loco cit., p. 89, 90.)

Lésions athéromateuses précoces. — Aortite aiguë consécutive. — Péricardite. Mort subite.

Homme de 33 ans avouant quelques excès alcooliques antérieurs et éprouvant depuis cinq semaines des palpitations légères. Depuis huit jours palpitations plus fortes, douleur précordiale et angoisse très accusée ; teint pâle, un peu cyanosé, dyspnée intense, douleur précordiale gagnant l'épaule et le coude gauche ; légère voussure à la région précordiale ; la pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal, à deux cent. en dehors du mamelon ; matité étendue dans les deux sens ; battements réguliers, mais sourds comme étouffés sans souffle aucun ; frottement léger à la base, au dedans de l'aire des bruits mitraux et gagnant la base du côté de l'artère pulmonaire où il devient rude, râpeux surtout au second temps ; pouls à droite sans amplitude, ayant à gauche une ligne d'ascension très étendue, avec une ébauche de crochet beaucoup moins marquée que dans l'insuffisance aortique.

Le surlendemain, angoisse, oppression constante, mort le soir par syncope au moment où le malade s'asseoit.

Autopsie. — Hypertrophie considérable du cœur ; valvules aortiques et mitrales saines ; l'aorte dans sa portion péricardique est très injectée à l'extérieur et va jusqu'à présenter des taches ecchymotiques dans l'épaisseur de sa tunique externe ; au niveau de la partie ascendante de la crosse, ses parois ont cédé en forme d'ampoule, d'environ un centimètre de diamètre.

La surface interne du vaisseau est couverte de plaques athéromateuses considérables, se continuant entre elles, offrant par places des traces de ramollissement, d'ulcération et aussi des encroûtements calcaires ; en d'autres points, apparence d'injection vive et plaques gélatiniformes ; ces lésions s'étendent dans toute l'aorte thoracique.

OBSERVATION CXLVII
(RÉSUMÉE)

(H. LÉGER. — Thèse citée, p. 90, 93.)

Insuffisance aortique. — Athérome de l'aorte. — Aortite aiguë consécutive.

D. H..., 52 ans, terrassier, ancien militaire, non alcoolique, a ressenti au début une barre transversale au niveau de l'épigastre qui, peu à peu devient plus douloureuse et rend tout travail impossible ; éblouissement, accès subits

d'oppression sans cause appréciable ; le 25 juin, de l'œdème survenant aux jambes l'engage à rentrer à l'hôpital dans le service de M. Bucquoy ; essoufflé en parlant, hypocondre droit bombé : épigastre sensible, face débordant les fausses côtes de deux travers de doigt ; respiration très pure, urines albumineuses ; pouls bondissant, égal des deux côtés, présentant des inégalités nombreuses ; il donne au sphygmographe une ligne ascendante élevée, complétement verticale, terminée par une pointe sans plateau ni crochets ; la ligne de descente est assez brusque ; cœur volumineux à impression forte ; bruits sourds à la pointe avec léger souffle systolique. Au bord gauche du sternum, on perçoit au cinquième espace intercostal bruit de souffle au second temps se propageant vers l'orifice aortique ; sur le trajet de l'aorte ascendante, double bruit de souffle se propageant vers les carotides ; matité précordiale étendue ; matité aortique débordant un peu le bord droit du sternum ; pupilles égales. — Régime lacté, piqûre de morphine.

9 juillet. — L'oppression et les crises douloureuses persistent ; potion avec 2 grammes de chloral qui calme l'oppression, mais l'œdème gagne les bourses.

22. — Crises aussi violentes ; on change le chloral pour 2 grammes de bromure de potassium.

23. — Par un temps orageux d'une chaleur accablante, attaque d'*Angor* terrible dans la nuit, cyanose, mort imminente, une piqûre de morphine le calme.

24. — Oppression plus forte, délire furieux malgré le chloral exigeant l'emploi de la camisole de force et à ce moment, jusqu'au 3 août, alternative d'accès de délire, d'oppression et de crises douloureuses ; l'œdème envahit l'abdomen et le poumon gauche ; mort le 3 août.

Autopsie. — Foie gros, cirrhosé, aspect d'un foie cardiaque, cœur très volumineux, flasque, pesant 875 grammes, ventricule droit plus petit que le gauche notablement hypertrophié et dilaté ; l'orifice mitral admet facilement le passage de trois doigts ; la valvule mitrale est souple, ample et ne présente qu'un petit îlot jaunâtre à la base de son feuillet droit ; orifice aortique largement insuffisant ; valvules sigmoïdes dures, rugueuses ; l'anneau aortique est triangulaire, grenu, d'une dureté pierreuse et fort épais ; l'orifice aortique a 10 centimètres de pourtour et l'aorte se dilate au-dessus, ses parois sont dures et épaisses, l'intérieur grisâtre est en entier envahi par des plaques calcaires ; l'origine du tronc brachio-céphalique, des artères sous clavières et carotide gauche n'est pas altéré.

L'accentuation des lésions anciennes de l'aorte rendait ici difficile l'appréciation des altérations aiguës. A l'examen micrographique on a trouvé la tunique interne épaissie, lamelleuse, déchiquetée, ternie ainsi que la tunique moyenne également plus dense d'amas de cellules embryonnaires.

OBSERVATION CXLVIII

(RÉSUMÉE)

(Dr LIÉGEOIS. — Loco cit., p. 98).

Accès subit d'Angine de Poitrine à forme syncopale survenu dans la rue, trois mois avant l'entrée à l'hôpital. — L'examen clinique ne révèle qu'une hypertrophie considérable du cœur qui devient plus tard asystolique. — L'examen cadavérique démontre qu'il n'y a pas de lésions valvulaires, mais de l'athérome aortique non diagnostiqué pendant la vie.

Il s'agit d'une femme de 68 ans, cachectique qui entre, les pieds œdématiés,

à l'hôpital le 25 janvier 1875. Le 25 octobre 1874, en revenant des champs un peu plus vite que de coutume, elle s'arrête, saisie brusquement par une douleur très violente à gauche du sternum dont elle souffrait jadis, mais ce jour-là « des chiens lui mordaient le cœur » et le mal rayonnait au cou, à la mâchoire, à l'épaule du côté gauche ; elle tomba dans la rue comme morte ; quinze jours après, hémorrhagie intestinale sans la moindre colique ; elle n'a eu antérieurement ni arthritis, ni syphilis, ni alcoolisme, ni misère physiologique, cependant les *radiales sont athéromateuses ;* la pointe du cœur *hypertrophié* bat au septième espace intercostal; battements du cœur faibles à 120 ; *au foyer des bruits aortiques, pas le moindre bruit de souffle ;* veines du cou gonflées, battements épigastriques, submatité à deux travers de doigt au-dessous de l'omoplate ; matité complète dans toute la base gauche, léger épanchement pleurétique ; à droite, ronchus disséminés et symptômes de congestion pulmonaire chronique. T. 35-02. Urines jumenteuses 400 à 450 gr. par 24 heures, un peu albumineuses.

On croit être en droit de porter le diagnostic : *néphrite interstitielle* avec *hypertrophie du cœur ; asystolie consécutive.*

(Infusion de feuilles de digitale trois jours de suite (0 gr. 75 centig.)

Le 28 janvier 1,700 grammes d'urines et le 2 février 1,800, très claires ; pas d'albumine ; la température remonte, le pouls descend à 80, battements du cœur plus forts et plus réguliers.

Pendant tout son séjour à l'hôpital, aussi bien lorsque le cœur s'est trouvé sous l'influence tonique et régularisatrice de la digitale que lorsqu'asystolique, il luttait péniblement contre les phénomènes de stase (ascite, anasarque, congestion passive des poumons, hydrothorax), on n'a noté aucun bruit anormal du côté de l'aorte, là où l'autopsie a révélé d'importantes lésions, causes primitives du mal.

Cette femme meurt le 21 février 1875 (œdème, congestion pulmonaire).

Autopsie. — Légères adhérences pleurales à gauche avec un demi-litre de sérosité ; congestion pulmonaire double avec atélectasie.

Cœur très gros, ventricule gauche concentriquement hypertrophié ; cœur droit, dilaté ; valvule mitrale dure, sclérosée, mais suffisante ; les valvules sygmoïdes de l'aorte suffisantes également, mais il y a des *dépôts athéromateux bien marqués à l'origine de l'aorte ;* foie muscade ; reins congestionnés ; quelques kystes mais insignifiants à l'origine de l'aorte.

2° Aortite chronique

« La clinique, dit M. Ch. Liégeois (1), nous offre de nombreux exemples de vieillards, d'alcooliques, de goutteux, de tabagiques, de saturnins, de syphilitiques athéromateux aortiques par sénilité naturelle ou anticipée, chez qui, en même temps qu'on diagnostique la maladie de Rougnon-Heberden, on rencontre les symptômes objec-

(1) Dr Liégeois, mémoire couronné.

tifs et subjectifs des diverses modalités anatomiques éventuelles suivantes : *(insuffisance aortique, rétrécissement aortique, dilatation aortique, anévrysme de la portion aortique ascendante)* de l'athérome de l'aorte, enfin ce que M. Constantin Paul (1) propose d'appeler la maladie de *Hodgson*. Ce dernier auteur groupe avec raison sous une même dénomination synthétique, cet ensemble de lésions si bien décrit par le médecin anglais (2) et tout récemment par M. Robert Massalongo (de Vérone) (3), maladie qui débute par la dégénérescence athéromateuse et aboutit à l'anévrysme véritable avec dilatation contiguë, insuffisance valvulaire consécutive, hypertrophie et dilatation du cœur. »

Examinons ces variétés ou plutôt ces modalités de l'aortite chronique, en faisant remarquer toutefois qu'elles coexistent fort souvent.

A. — Insuffisance aortique.

Comme le dit avec raison M. Peter (4), les auteurs signalent à peine l'Angine de Poitrine dépendant de l'insuffisance aortique, et cependant, leur coexistence n'est pas douteuse et la corrélation causale de celle-ci avec celle-là ne l'est pas davantage.

Il faut bien savoir, toutefois, que toutes les insuffisances de l'aorte ne prédisposent pas également à l'Angine de Poitrine. C'est ainsi que ce redoutable syndrôme est inconnu aux sujets porteurs d'une *insuffisance aortique d'origine endocardiaque* tandis qu'il se rencontre chez ceux qui sont porteurs d'une *insuffisance aortique d'origine artérielle.*

Ici les cliniciens sont unanimes : Lasègue (5) dit que l'Angine de Poitrine ne s'observe pas dans l'insuffisance aortique désignée *endocardiaque* ou insuffisance *relative* dont les symptômes physiques sont assez accentués pour qu'on puisse poser le diagnostic, mais les symptômes subjectifs nuls ou à peu près, tandis qu'on l'a notée dans l'insuffisance aortique *d'origine artérielle* ou insuffisance *complète* dans laquelle le souffle aspiratif de la base au second temps

(1) Constantin Paul. — Diagnostic et traitement des maladies du cœur. Paris 1883.

(2) Hodgson. — A treatise on the diseases of arteries and veins, containing the pathology and treatment of aneurisms and wrounded arteries. London 1815. (Traduction française de Brouhet, Paris 1819.)

(3) Robert Massalongo.— De la maladie de Hodgson, *Gaz. heb de Méd. et de Chir.* 1885. p. 532 à 535 et 548 à 552.

(4) Péter. — Lec. de clinique méd., t. 1., 3e éd. Paris 1880, p. 141 et 145

(5) Lasègue, cité par Ch Liégeois, *Rev. Méd. de l'Est*, n° du 1er janv. 1883, p. 14.

est fort, dans laquelle aussi il existe habituellement de la dyspnée et des douleurs plus ou moins vives dans le dos et au devant de la poitrine.

Telle est aussi la manière de voir de M. Péter (1) ; pour lui, l'Angine de Poitrine ne s'observe pas dans l'insuffisance aortique par *endocardite rhumatismale*, tandis qu'elle se voit dans l'insuffisance aortique par *endartérite* où la paroi aortique étant primitivement malade, « l'insuffisance, comme l'écrit M. Liégeois, tient ou à l'écartement des valvules sigmoïdes par suite de la dilatation concomitante du vaisseau et de l'anneau d'insertion valvulaire (Corrigan (2) coïncidant quelquefois avec des lésions dégénératives commençantes des fibres musculaires du cœur (Robert Massalongo) (3), ou à la rigidité anormale, pathologique, des soupapes naturelles destinées à le fermer lors de la diastole cardiaque. (Charcot et Wall) (4), (lésion probablement entrevue par S. Wall (5), ou enfin à leur ratatinement, à leur déformation par dégénérescence athéromateuse et surtout calcaire (Péter) (6). » M. H. Huchard (7) a soutenu la même opinion.

« Or, ajoute M. Liégeois, dans cette variété de l'insuffisance aortique, maladie primitive de l'aorte et non du cœur, et qui, en raison même de cette origine, n'a pas la symptomatologie de l'insuffisance *endocardiaque*, l'Angine de Poitrine, si l'on en croit Fabre (8), se présente sous trois types différents ; ou bien ce sont des accès atténués avec douleur précordiale localisée à la pointe ou à la base du cœur, ou bien ce sont des accès intenses avec irradiations vers le plexus brachial, ou bien enfin, ce sont des accès brusquement mortels. En cette dernière occurence, le malade comme surpris par une douleur atroce, pousse un cri disant qu'il meurt, s'agite dans des

(1) Péter. — Loco citato, t. 1, p. 156.

(2) Corrigan. — Trad. in Archives générales de méd. 1844.

(3) Rob. Massalongo. — Loc. citat., page 534.

(4) Charcot et B. Wall. — Athérome et dégénération ossiforme de l'aorte. — Aorte du Dict. encycl. des S. M. p. 138.

(5) Wall. — On the Angina Pectoris. — Médical tracts. Oxford 1770. — Citation de Ch. Liégeois.

(6) Péter. — Loc. cit. T. 1., p. 133.

(7) H. Huchard. — De la guérison rapide des accès d'asthme par les injections hypodermiques de morphine. — Paris 1879, p. 16, note 2).

(8) Fabre.— Des accidents nerveux dans l'insuffisance aortique. Gaz. des hôp. 1872, n° 35

convulsions qui durent à peine quelques minutes et succombe (J. Parrot) (1). »

J. Pasta (2), Kreysig (3), Hope (4), Corrigan (5), Gendrin (6), Aran (7), Briquet (8), Mauriac (9), qui ont tous signalé la mort subite dans l'insuffisance aortique, n'avaient pas songé le moins du monde qu'elle put survenir par le fait d'une Angine de Poitrine. On peut affirmer cependant que J. B. Morgagni a décrit le premier, sans savoir qu'il s'était trouvé en face d'un cas d'Angine de Poitrine, la mort subite par *Angor Pectoris* dans *l'insuffisance aortique artérielle.*

Voici ce cas :

OBSERVATION CXLIX

(J.-B. Morgagni. — De Sedibus et causis morborum)
(Venet. 1761, épist. xxvi, p. 31).

Mort subite sans rupture du cœur ni de l'aorte.

Une mère de famille âgée de 42 ans avait été pendant longtemps valétudinaire et sujette à un paroxysme qui consistait après des mouvements violents du cœur, en une angoisse incommode dans l'intérieur de la partie supérieure gauche de la poitrine avec de la difficulté de respirer et un engourdissement du bras gauche. Un jour qu'elle se trouvait en voiture, elle fut prise du même paroxysme et mourut subitement.

Autopsie. — Le cœur était hypertrophié, extrêmement dur et vigoureux ; l'aorte n'était pas médiocrement dilatée à sa crosse ; la paroi interne, dans toute l'étendue du vaisseau présentait çà et là des inégalités parsemées de petites écailles entièrement ossifiées ou en voie d'ossification. Ces lésions commençaient à l'origine même de l'aorte dont les valvules sigmoïdes étaient dures çà et là, avec un commencement d'ossification. La lésion des valvules sigmoïdes non seulement gênait le cours du sang, mais en les empêchant de s'appliquer fortement, elle s'opposait à leur fermeture.

(1) J. Parrot. — Art. Ang. de Poitrine de Dict. encyclop. des Sciences Méd. 1870. T. V.

(2) J. Pasta. — De sanguine et sanguinis concretionibus. — Berg. 1786.

(3) Kreysig. — Die krankeiten des Herzeus, Berlin 1814-1817.

(4) Hope. — Diseases of the Valv. of the heart 1831. — In cyclopedia of partial medicine.

(5) Corrigan. — Loco. citat.

(6) Gendrin. — Leçons sur les maladies du cœur. — Paris 1842.

(7) Aran. — Des morts subites. Thès. d'agréga. Paris 1842.

(8) Briquet. — Soc. méd. de la Seine 1856.

(9) Mauriac. — De la mort subite dans l'insuffisance des valv. sigmoïdes de l'aorte Thès. Doct. Paris 1860.

W. Stokes, en pleine connaissance de cause cette fois, publie une seconde observation d'Angine de Poitrine subitement mortelle, liée à l'insuffisance aortite artérielle et où l'abus du laudanum a pu jouer un rôle.

OBSERVATION CL

(W. Stokes, The diseases of the heart and aorta)
Dublin 1854, trad. de Sénac 1864, p. 220 relatée par le professeur Peter, t. 1, p. 144, livre cité.

Dépôts calcaires hérissés de rugosités remplissant presque complétement les sinus de l'aorte. — Valvules sigmoïdes aortiques insuffisantes. — Accès d'Angine de Poitrine. — Abus du laudanum. — Mort subite.

Jeune homme de 29 ans qui avait des attaqnes d'angine depuis plus de dix ans. En appliquant l'oreille contre le thorax, on percevait une sensation comparable à celle que donnerait un choc sur une vessie pleine de liquide ; ce choc s'accompagnait d'un bruit particulier analogue à celui que l'on produit après avoir fermé le méat auriculaire par l'application et la pression du doigt sur le tragus et qu'on cesse brusquement ; dans cette compression, ce bruit se terminait par un bruit de souffle assourdi, le deuxième bruit du cœur s'accompagnait également d'une impulsion et d'un murmure, mais celui-ci était bien plus net et bien plus bref que le murmure systolique. Ce malade éprouvait *des attaques d'Angine de Poitrine* accompagnées d'accidents et de souffrances qui atteignaient un degré d'intensité extrême.

Les accès étaient précédés d'un malaise nerveux général, les palpitations augmentaient jusqu'à devenir tumultueuses ; en même temps, les membres supérieurs et inférieurs devenaient douloureux de haut en bas et il survenait une sensation de lassitude qui faisait désirer au malade de s'asseoir, ce qu'il n'osait faire dans la crainte de déterminer l'explosion de l'accès. Après un temps variable entre deux et trois heures, pendant lequel on cherchait en vain à le prévenir, le paroxysme débutait franchement par une sensation de constriction sternale. Il semblait qu'on approchât avec force le sternum de la colonne vertébrale et qu'on arrachât le cœur de la poitrine ; à mesure que l'accès marchait, les douleurs gravatives des membres supérieurs étaient remplacées par des douleurs comparées par le malade à celles que produiraient des fils de fer chauffés au rouge et appliqués sur tout le trajet des nerfs cubitaux ; le cœur battait avec une violence extraordinaire, au point d'ébranler le corps entier ; les carotides soulevaient avec force les téguments et l'on pouvait suivre à la superficie du corps, le trajet de toutes les branches artérielles ; à chaque battement du cœur, le corps du malade tout entier semblait offrir une expansion générale comme eut pu le faire un vaste anévrysme.

Le malade, pour obtenir quelque soulagement, renversait habituellement la tête en arrière et plaçait la colonne vertébrale dans l'extension comme dans l'opisthotonos ; les bras étendus d'abord en bas, étaient ensuite levés autant que possible au-dessus de la tête, afin de donner un point d'attache fixe aux muscles grands pectoraux, dans l'espoir de diminuer la sensation de constriction thoracique ; la poitrine du malade, la pâleur de la face, ses yeux noirs, hagards et

d'un aspect sauvage, l'extrême intensité de l'angoisse, la sueur qui perlait d'abord en grosses gouttes et qui bientôt roulait le long du cou, tout cela formait un tableau vivant qui défie toute description et nous offrait l'image d'une souffrance qu'on ne peut imaginer ni décrire.

Lorsque l'accès était terminé, le malade retrouvait une tranquillité parfaite, il semblait sortir d'une lutte soutenue avec désespoir ; le plus petit effort musculaire suffisait pour déterminer l'invasion de l'accès ; vers la fin, les accès devinrent de plus en plus fréquents ; l'action de manger suffisait pour les ramener, aussi le malade éprouvait une grande crainte lorsqu'il s'agissait de prendre de la nourriture ; *si la pensée lui venait qu'il était placé de façon à ne pouvoir prendre à volonté la position qui pourrait le soulager, cela suffisait pour déterminer un accès ;* la plus petite émotion morale avait le même effet ; pendant longtemps, il ne put voir aucun de ses amis, il descendait dîner à cinq heures, mais si quelqu'un *remarquait son arrivée,* ou lui demandait de ses nouvelles, il survenait un accès.

Bien souvent, la nuit, fatigué par ses efforts pour empêcher l'accès et vaincu par le sommeil, bien qu'il restât levé, il tombait sur le sol et se relevait brusquement en proie à un accès d'une violence inaccoutumée.

L'usage des stimulants diffusibles avait toujours été suivi d'une grande amélioration et sans aucun goût réel pour les boissons fortes, ce jeune homme avait pris pendant de longues années, l'habitude de boire chaque jour 18 grands verres de punch ; une attaque de délirium tremens le détermina à cesser cette pratique et à lui substituer l'usage de l'opium ; avec beaucoup de ménagements et de précautions, il réduisit la base de ce médicament *à une pinte de laudanum par semaine,* encore fallait-il que ce laudanum contînt de l'opium de première qualité.

Il fut trouvé mort dans son lit.

Autopsie. — Ventricule gauche du cœur hypertrophié et dilaté à un degré extraordinaire ; l'hypertrophie est limitée au côté gauche du cœur et le ventricule droit est bien loin d'atteindre la pointe de l'organe.

Les sinus de l'aorte sont presque complétement remplis par des dépôts calcaires hérissés de rugosités ; le double murmure signalé plus haut se produisait évidemment de la manière suivante : le premier bruit doux et prolongé était dû au passage du sang sur la face ventriculaire des valvules sygmoïdes ; la rudesse du deuxième bruit au contraire dépendait du sang qui passait sur la face artérielle rugueuse de ces mêmes valvules tapissées par les produits de décomposition calcaire ; l'orifice aortique était parfaitement libre, bien que les valvules fussent insuffisantes.

M. Péter fait suivre cette observation si remarquable des paroles suivantes : « J'espère qu'ici tout est assez clair. — L'*aortite, l'insuffisance valvulaire par aortite* et l'hypertrophie ventriculaire gauche par aortite et par insuffisance valvulaire. — D'autre part l'*alcoolisme* produisant du côté du système artériel, l'aortite, comme il produit, exagère et entretient du côté du système nerveux l'*état névropathique* chez un sujet peut-être prédisposé. Puis l'intoxication

par *l'opium* succédant à l'intoxication par l'*alcool*. Et comme résultante de ces lésions locales, de formidables attaques d'*Angine de Poitrine*. J'espère, en conséquence, que vous n'oublierez jamais ni cette corrélation *anatomique* entre les lésions graves de l'aorte et l'insuffisance sigmoïde, ni cette même corrélation *symptomatique* entre l'insuffisance sigmoïde et l'Angine de Poitrine, effets tous deux alors de la maladie de l'aorte, ni enfin cette corrélation étiologique d'une part, entre les lésions athéromato-calcaires de l'aorte et l'alcoolisme d'autre part, entre l'Angine de Poitrine et l'alcoolisme, ou encore entre l'Angine de Poitrine et la narcotisation par l'opium ou par le tabac, ceux-ci produisant une décadence prématurée de l'individu et la sénilité de ses tissus épithéliaux. »

Voici une autre observation citée par M. Péter dans ses leçons de clinique médicale, t. I. p. 145.

OBSERVATION CLI

Insuffisance aortique type. — Angine de Poitrine.

J'ai eu l'occasion de voir à deux reprises différentes un monsieur atteint d'insuffisance aortique type avec souffle au second temps et dans la région sus-mamelonnaire, pouls bondissant et de plus palpitations et dyspnées habituelles ; il ressent une vive douleur à la région diaphragmatique, dans l'épaule gauche et le bras correspondant ; il éprouve en plus de la souffrance à la partie supérieur du sternum ; tous ces phénomènes s'exaspèrent assez souvent et deviennent alors de véritables attaques pendant lesquelles le malade oppressé au plus haut degré, croit que c'en est fait de lui ; le ventricule gauche est hypertrophié consécutivement, mais l'aorte n'est nullement dilatée ; la cornée transparente est entourée d'un cercle sénile.

Une circonstance pathogénique des plus importantes est que ce malade fumait jusqu'à ces derniers temps au moins une quinzaine de pipes par jour.

Il est facile de reconnaître par ce que je viens de dire que ce malade a des attaques d'angine de poitrine concomitantes de la lésion aortique..... Vous aurez une première raison de croire que l'insuffisance aortique est accompagnée d'une maladie de l'aorte quand vous constaterez l'existence de la douleur rétro-sternale ; cette douleur que mon collègue M. Bucquoy a signalée dans le cas de lésion de l'orifice aortique et qu'il a très justement rapportée au voisinage du plexus cardiaque, ne tient pas à la lésion de l'orifice du cœur, mais résulte d'une altération concomitante de l'aorte..... A plus forte raison, devez-vous croire à la lésion de l'aorte et la rechercher avec soin quand, chez un individu atteint d'insuffisance aortique, la douleur rétro-sternale prendra les proportions de l'angine de poitrine.

Nous citerons enfin deux observations d'Angine de Poitrine reliée

à une insuffisance artérielle, aortique, personnelles à M. Liégeois et rapportées par lui dans son mémoire déjà cité, p. 54-64.

OBSERVATION CLII
(Dr Liégeois)

Insuffisance aortique par athéromasie sénile et goutteuse. — Angine de Poitrine.

Madame X... est âgée de 80 ans ; elle a habité jusqu'à l'âge de 20 ans, époque de son mariage, un château de la Franche-Comté où, en dehors de quelques travaux manuels peu fatigants, elle s'exerçait à faire des promenades à cheval ou à chasser à courre ; aussitôt après son mariage, elle habita Paris où sa vie consista pendant une vingtaine d'années à se lever très tard, à se coucher après minuit, à faire de bons dîners, à aller au théâtre et dans tous les lieux de récréation.

En 1844, un de ses frères étant mort de phthisie aiguë, elle quitta Paris avec son mari et parcourut l'Europe ; son voyage dura deux années après lesquelles elle revint fatiguée et surtout dyspeptique. Le médecin appelé déclara qu'elle était atteinte d'une gastrite et, broussaisien convaincu, lui fit une saignée tous les mois ; l'état de la malade s'aggrava considérablement. Ayant fait dans une réunion la rencontre d'un autre confrère, elle le consulta ; celui-ci la mit à l'usage du colombo et du lait, puis peu à peu à l'usage des viandes blanches et recommanda à Madame X... de fixer son séjour définitif à la campagne. Elle fit rétablir un vieux château détruit par les Suédois, vint l'habiter et guérit entièrement de sa dyspepsie. En septembre 1846, elle eut au milieu de la nuit une première attaque de goutte dans le gros orteil droit ; depuis lors, ces attaques revinrent une ou deux fois chaque année ; actuellement, elle a des tophus dans tous les doigts des mains et des orteils, le genou droit presque ankylosé, la jambe droite atrophiée et la marche excessivement difficile ; les urines sont briquetées.

En 1883, Madame X... s'est plainte de symptômes qui ont éveillé mon attention du côté du cœur ; en gravissant, avec beaucoup de précautions cependant, le sentier escarpé qui conduit à travers le jardin à la salle de billard bâtie sur une hauteur, elle s'arrête tout-à-coup prise d'une douleur rétrosternale violente, angoissante, avec irradiation très vive à l'épaule gauche et jusqu'à la partie interne du coude correspondant ; cet *Angor* horriblement douloureux dure dix minutes pendant lesquelles Madame X... est soutenue par sa femme de chambre et respire de l'éther que son mari est allé chercher.

Appelé le soir même et sachant que depuis quelque temps Madame X... se plaint de terreurs, de vertiges, d'accidents du côté des extrémités ayant une vague ressemblance avec la syncope locale, tous symptômes ischémiques, je diagnostique une angine de poitrine liée à une lésion aortique par athérome goutteux, et, en effet, à l'auscultation du cœur qui bat 70 fois à la minute, je note au second temps un bruit de souffle doux, mamelonnaire, c'est-à-dire prolongé dans le foyer des bruits aortiques ; à l'inspection, à la palpation et à la percussion de la région précordiale, je perçois en même temps qu'un frémissement cataire à maximum dystolique, la vive impulsion du ventricule gauche considérablement hypertrophié ; le pouls radial, dur, est plein, ample, bondis-

sant avec la brusquerie d'un ressort dansant, mais très régulier, enfin je m'assure de l'existence du double souffle intermittent crural ; il n'y a pas la moindre douleur aux différents endroits où passent les nerfs diaphragmatiques.

Je m'arrêtai sans le moindre doute à l'idée d'angine de poitrine liée à une insuffisance des valvules sygmoïdes de l'aorte par athéromasie à la fois sénile et goutteuse.

Madame X..., que j'ai soumise à une hygiène cardiaque des plus sévères, n'a été reprise jusqu'à ce jour qu'une seule fois de son accès et encore celui-ci a-t-il été atténué ; il est survenu à la suite d'ennuis que lui ont causés ses domestiques et a duré à peine trois minutes ; j'attribue l'extrême rareté des paroxysmes à cette particularité que la malade, dont la jambe droite s'atrophie de plus en plus, reste assise sur son fauteuil presque toute la journée; mais l'insomnie et le refroidissement des extrémités continuent à persister.

OBSERVATION CLIII

(Dr Liégeois)

Insuffisance aortique artérielle. — Athérome artériel bulbo-protubérantiel probable. — Hémiplégie droite passagère. — Accès d'épileptiformes répétés. — Mort subite dans un accès unique d'Angine de Poitrine.

M. M..., âgé de 45 ans, est un agriculteur distingué, un négociant en bois, conseiller général de son canton, près de qui je suis appelé pour la première fois le 22 juin 1880 ; il m'apprend qu'en allant, deux mois auparavant, à la foire de Villersexel, il descend à Lure dans un hôtel et qu'au moment de monter l'escalier pour gagner sa chambre il tombe, mais en ayant connaissance de sa chute ; il veut en expliquer les motifs au maître d'hôtel, il bredouille, on le prend pour un homme ivre, on le menace de le mettre à la porte. Le docteur B... fils, appelé aussitôt veut pratiquer une saignée ; M. M... résiste en bredouillant et finit par faire comprendre que son médecin ordinaire lui a toujours dit qu'il était anémique et qu'il ne faudrait jamais le saigner ; on mande le docteur B... père, qui lui aussi considère la saignée comme nécessaire et M. M... se laisse faire ; il est paralysé aussitôt des membres supérieur et inférieur du côté droit. On ordonne du bromure de potassium, des frictions avec de l'alcool additionné de teinture de noix-vomique et l'on déclare à toute sa famille qu'il est atteint d'une hémorrhagie cérébrale. Appelé en consultation, le professeur M... corrobore ce diagnostic et prescrit en outre un vésicatoire à la nuque ; ce traitement parut avoir agi merveilleusement puisqu'en quinze jours M. M... était debout, et n'était une brûlure du dos du pied déterminée par une boule d'eau chaude, il eût pu reprendre ses occupations. C'est précisément cette cure merveilleuse d'une hémiplégie par hémorrhagie cérébrale guérie radicalement en quinze jours qui me laisse croire que nos savants confrères avaient fait un diagnostic faux : j'exposerai plus loin les raisons qui me paraissent légitimer ma contradiction.

Bref, ce monsieur put regagner sa propriété le 22 juin, époque où je commençai à lui donner mes soins.

C'est un névropathe dans la plus grande acception du mot ; son père, encore vivant, est un vieillard de 79 ans, physiquement très robuste, moralement très

impressionnable, s'apitoyant sur le sort d'autrui, pleurant pour le moindre motif; sa mère est morte d'un anthrax diabétique à la nuque ; sa sœur était une arthritique hystérique qui avait fréquemment des attaques de nerfs et dont le fils, aujourd'hui médecin, a eu pendant ses humanités une chorée des plus graves, dont il lui reste encore des tremblements et au cœur de l'insuffisance mitrale ; son fils et sa fille, tous deux mariés, sont bien portants.

La nature essentiellement nerveuse de M. M... s'est exagérée par la vie politique ; après avoir joui, pendant l'Empire, d'une autorité considérable, il s'est vu, sous le gouvernement de la République, privé de tout prestige, empêché de mettre à exécution les projets de vicinalité et autres qu'il avait conçus en ces derniers temps.

Au 16 Mai, il parcourut son département pour appuyer une élection sénatoriale anti-républicaine ; il échoue et ne s'en console pas ; son entourage déclare que depuis cette époque *il s'est fait vieux*.

J'apprends que depuis longtemps M. M... est atteint d'un tic facial droit et de douleurs névralgiques sus-orbitaires très pénibles lors des brouillards ou des modifications brusques de température ; que depuis longtemps encore, il accuse de l'oppression, parfois des palpitations et surtout une certaine difficulté de digestion, quoique ayant un appétit très développé mais fantaisiste, enfin il voit très peu de l'œil droit affecté d'après une célébrité en oculistique, de névrite optique ; M. M... m'affirme et m'a affirmé plusieurs fois qu'il est indemne de toute tare syphilitique.

Le cœur est hypertrophié ; à l'auscultation, je perçois au second temps, un peu au-dessus de la huitième côte gauche, un bruit de souffle sus-mamelonnaire légèrement aspiratif, caractéristique d'une insuffisance aortique ; le pouls bondissant, très ample quoique athéromateux me confirme dans ce diagnostic ainsi que le facies tout particulier (*facies propria*, de Corvisart, *Weakness* de Stokes) qui avait fait dire quelque temps auparavant à son médecin qu'il était anémique et qu'il ne fallait pas le saigner ; le pouls présente en outre quelques rares intermittences.

Je soumis M. M... du 22 juin 1880 au 29 à l'usage quotidien de l'iodure de potassium (1 gramme à 1 gr. 50 centig. par jour) et de quelques préparations amères.

Le 29, on m'appelait en toute hâte à 3 heures du soir ; le malade en se promenant au bras de sa fille avait, disait-on, trébuché contre une pierre et était tombé sur le côté gauche de la face, restée toute ecchymosée ; il se rappelait bien de s'être vu tomber, mais ne savait pas ce qui s'était passé depuis ce moment là et pourquoi, à l'heure de ma visite, il se trouvait dans son lit ; les renseignements que me fournit Mlle M... me permirent de diagnostiquer un accès épileptiforme, sans cri, coïncidant avec les contractions toniques suivies de contractions cloniques et de stertor.

Durant les quinze premiers jours d'août, notre malade parcourt en voiture les trente villages de son canton, faisant ici et là des conférences dans le but de battre en brèche le candidat républicain au conseil général ; les journaux l'abreuvent d'outrages et en homme peu trempé pour les polémiques, il s'affecte amèrement des racontars qu'on lui rapporte, des opinions qu'on lui prête. Après quelques jours de surmènement il est cependant élu, mais à une faible majorité.

Le 4 septembre, rappelé près de M. M..., je constatai en plein milieu de la colonne vertébrale un anthrax gros comme le poing ; le 6, à 6 heures du soir, les tissus périphériques étaient tellement tendus et violacés que je prescrivis une couronne de dix sangsues dans l'espoir d'obtenir un dégorgement sanguin : à 10 heures, j'étais mandé en toute hâte ; pendant que les sangsues remplissaient leur office, M. M... avait été pris d'un accès épileptiforme des plus intenses, il n'avait pas poussé de cri, il avait vu venir l'accès et il avait eu des contractions toniques et cloniques terminées par du stertor.

Du 6 septembre au 7 octobre, l'anthrax suppure ; notre malade, épuisé par la suppuration excessivement abondante, est très amaigri. Je constate que les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine ; l'anthrax n'est pas diabétique.

Un régime tonique remet peu à peu M. M... ; le 21 octobre, il a un nouvel accès épileptiforme en me reconduisant jusqu'à ma voiture ; tout d'un coup son visage, d'un jaune cireux, grimace, il s'affaisse, il a des contractions toniques puis cloniques, il ronfle ; je reste à ses côtés de 4 heures à 6 heures du soir.

Le 15 novembre, au moment où il referme la porte derrière un visiteur, il est pris d'un accès semblable pendant lequel son pouce droit est violemment contusionné par la porte.

Sur ces entrefaites, la famille manifesta le désir de voir avec moi en consultation le professeur P.. ; je me rencontrai avec lui près du malade le 26 décembre 1880 ; la première idée qui lui vint, c'est que M. M.., était diabétique ; l'absence de sucre affirmée par moi, confirmée deux jours après par un professeur de chimie biologique, devait écarter absolument cette idée ; dans l'entretien secret qui suivit la consultation, M. P... rejeta complétement, à cause de la prompte guérison, le diagnostic d'hémorrhagie cérébrale, et, en face de l'auscultation de l'aorte, songea comme moi à de l'athérome aortique avec athérome protubérantiel compliqué momentanément de thrombose, d'où hémiplégie vite guérie par établissement rapide de la circulation de suppléance ; les attaques épileptiformes étaient le résultat de l'ischémie au bulbe et de la protubérance. L'iodure de potassium continua à faire la base du traitement (il est bon d'ajouter toutefois que nous n'étions pas éloignés de croire à de la *méningite chronique* de la base, et, malgré les antécédents bien connus du sujet, nous n'osions rejeter toute idée de syphilis).

A partir de cette époque, les accès convulsifs devinrent moins fréquents, mais le 8 février 1881, un accès survint sur la route, au moment ou M. M... revenait de visiter une houblonnière à deux kilomètres de son habitation.

L'auscultation de l'aorte fournissait toujours les mêmes symptômes.

A partir du 15 mars, les accès devinrent fréquents et l'intelligence diminua sensiblement, le visage était empreint d'une certaine expression d'idiotie ; le 29 mars on me signala des pertes séminales abondantes qui affectèrent péniblement le malade ; le 20 août nouveaux accès épileptiformes dont la cause occasionnelle me parut être le mauvais état de son fils, volontaire d'un an, revenu de Reims avec un ictère grave.

On ne me rappela pas avant le 13 janvier 1883 ; les accès épileptiformes avaient reparu trois ou quatre fois par mois et on me faisait venir cette fois parce que dans ces trois derniers jours, ils s'étaient montrés à la même heure dans l'après-midi ; je pus constater que le bruit de souffle diastolique sus-mamelon-

naire était plus aspiratif et M. M... se plaignit pour la première fois d'une sensation de corps étranger tantôt sourde, tantôt douloureuse au voisinage de la fourchette sternale.

Le 15 avril au matin, un commissionnaire vint m'apprendre que M. M... était mort brusquement au milieu de la nuit ; je me suis enquis près de Madame M... de la manière dont a succombé son mari et voici ce que m'a dit cette dame très intelligente :

Le 14 avril, à 7 heures du soir, M. M... avait soupé comme d'habitude, il se coucha à 9 heures, à 10 heures il s'éveilla en sursaut, disant à sa femme que la digestion ne se faisait pas, qu'il allait probablement se trouver mal, peut-être vomir et qu'il avait des battements de cœur ; on lui fit immédiatement une infusion de fleurs d'oranger, mais à l'instant où on s'apprêtait à la lui donner, il s'assit brusquement sur son lit comme un homme qui étouffe, disant qu'il souffrait atrocement de là (et il montrait la région précordiale) et de là (et il montrait son épaule gauche et l'hypogastre du même côté) ; puis il retomba sur son oreiller, il était mort.

Je déclarai à Madame M..., sur ses instances, que son mari avait succombé à une angine de poitrine liée à une insuffisance artérielle athéromateuse des valvules sygmoïdes de l'aorte, laquelle était responsable des nombreux accès épileptiformes (1).

B. — Rétrécissement aortique.

Les Praticiens ont rarement à observer des *rétrécissements aortiques* d'origine artérielle et il est encore plus rare de voir cette affection s'accompagner d'Angine de Poitrine, comme l'a remarqué M. G. Sée (2) ; on n'en trouve dans la science que quelques exemples ; ainsi M. Amez-Droz (3) parle d'un malade qui, « atteint depuis longtemps de sténose des valvules de l'aorte », éprouvait surtout après le repas du soir des accès d'*Angor* ; un autre exemple est mentionné par M. Péter (4) et un troisième par M. Liégeois. Voici ces deux faits :

OBSERVATION CLIV

(Péter, résumée)

Rétrécissement athéromateux de l'aorte. — Accès d'Angine de Poitrine.

Une femme entre à l'hôpital pour une grande dyspnée avec angoisses, palpi-

(1) M. Liégeois dit avoir vu un autre cas d'insuffisance aortique avec accès épileptiformes chez un sujet dont l'affection aortique était d'origine endocardiaque consécutive à un rhumatisme articulaire aigu, mais dans ce cas où l'insuffisance n'était pas artérielle, il n'y eut pas d'*Angor*.

(2) G. Sée. — Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur et en particulier de leurs formes anormales. — Paris 1879.

(3) Amez-Droz. — Étude sur la nitrite d'amyle. — Arch. de phys 1873

(4) Péter. — Loco citat. T. I., p. 464-66.

tations très fortes, pouls extrêmement fréquent et petit, douleurs au cœur, au niveau du troisième cartilage costal gauche et au bord correspondant du sternum.

L'année précédente elle avait eu les mêmes douleurs angoissantes. De la base du cœur, elles rayonnent au cou et à l'épaule gauche en haut, en bas vers les insertions gauches du diaphragme ; la pression les augmente en tous ces points, le cœur et le nerf phrénique sont donc tous les deux malades.

Ces foyers deviennent plus douloureux quand la malade se livre à des efforts un peu énergiques, lorsqu'elle s'émotionne, ce qui lui advient fréquemment ; ils le sont surtout depuis quelque temps, qu'il y a congestion des poumons et des principaux viscères, les pieds sont œdématiés.

On diagnostique comme lésion du cœur, *un rétrécissement de l'orifice aortite* manifesté par un bruit de souffle rude à la base du cœur et au premier temps, qu'on retrouve avec ce caractère de rudesse le long de l'aorte ascendante. Au sphymographe, la ligne d'ascension du pouls est très courte (ce qui correspond à la petitesse du pouls), elle décrit ensuite un plateau oblique (indice de la résistance athéromateuse de l'aorte) et se termine par une longue ligne de descente (preuve de la faible élasticité du vaisseau), ce qui permet de penser que cette femme a, non seulement une maladie valvulaire du cœur, mais encore une lésion athéromateuse ou calcaire des vaisseaux artériels et surtout de l'aorte. Enfin, au rétrécissement aortique de cette femme est jointe une hypertrophie notable de l'organe, car sa pointe atteint le septième espace intercostal en dehors du mamelon.

OBSERVATION CLV

(Résumée. — Liégeois. — Mémoire cité)

Aortite chronique longtemps latente. — Rétrécissement aortique. — Accès d'Angine de Poitrine.

M. S..., entrepreneur de travaux publics, âgé de trente-huit ans, cou assez court, de taille moyenne, obèse, a fait, en 1870-71, en Algérie où il était officier, excès de boissons alcooliques et de cigares. Marié en 1873, il donna sa démission, s'associa à d'autres entrepreneurs pour des constructions de forts et de canaux, se fatigua beaucoup ; il continua, le soir surtout, sa vie d'excès, n'ayant à se plaindre que de ses hémorroïdes, quand, en 1881, il fut pris dans la nuit d'une oppression que le médecin qualifia d'accès d'asthme.

En 1882, il se réveille un matin ayant une paralysie faciale attribuée à un courant d'air, mais plus vraisemblablement déterminée par une embolie.

Il va en juin 1884 passer une saison à Contrexéville, où il est pris de fréquents accès d'oppression, que son Consultant regarde aussi comme de l'asthme. Enfin à la fin du mois, ayant entrepris un lot de voie ferrée, il se surmène, recommence sa vie joyeuse, paye à boire le trois-six aux ouvriers, le champagne à ses employés supérieurs en leur donnant lui-même l'exemple. Mais le 16 juillet, il est pris à dix heures du soir d'un accès d'oppression pour lequel on envoie chercher M. Liégeois. Celui-ci constate à l'auscultation des ronchus, des sibilances, des râles crépitants dans l'étendue des deux poumons, en un mot une congestion broncho-pulmonaire active terminée par des crachats hémoptoïques et dont il n'y a pas la moindre trace le lendemain matin.

Le 17. — Les bruits du cœur voilés la veille par les râles des poumons sont vigoureusement frappés, mais sans bruit de souffle. L'organe est hypertrophié. Impossible de trouver une lésion aortique, cependant il existe la sensation pénible d'un corps étranger derrière la fourchette sternale ; quand le malade marche un peu, il a de la dyspnée cardiaque, un pouls très petit indiquant que l'orifice aortique laisse passer difficilement du sang ; quelquefois surviennent des vomissements ou de nouvelles congestions pulmonaires actives.

M. Liégeois lui prescrit d'abord de l'iodure de potassium et plus tard de l'iodure de sodium ; tous les jours il prend cinquante centigrammes de sulfate de quinine associé avec autant de seigle ergoté. Au moment des accès il inspire de l'iodure d'Ethyle, mais ses effets étant peu sensibles, M. Liégeois le remplace par des sinapismes.

Cette médication améliore sensiblement l'état de M. S..., mais le 9 septembre, à onze heures du soir, survient une attaque violente de colique néphrétique dont le malade souffre pour la seconde fois. (Lavement avec quatre grammes de chloral qui donne un calme presque immédiat.)

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine mais beaucoup d'urates.

Les congestions pulmonaires hémoptoïques reviennent plus tard, précédées de malaises, bâillements, refroidissement des extrémités ; le malade s'asseoit, la poitrine appuyée sur le dos de sa chaise, étouffe, tousse, crache un peu de sang, les poumons se remplissent de râles, puis tout se termine par des éructations ou une urination abondante.

Œdème aux extrémités inférieures le 2 octobre ; bruits du cœur irréguliers, intermittents, précipités (140), pouls vif, petit ; moins d'urine ; en présence de l'asystolie, M. Liégeois ordonne quatre pilules de Dupuy qui, au bout de quatre jours, déterminent de la diurèse et ralentissent les mouvements du cœur, l'asthénie cardio-vasculaire est vaincue.

Le 6, réapparition de la congestion pulmonaire, le professeur F... est appelé en consultation ; il est bien d'avis qu'on est en présence d'un cardiaque, mais sans pouvoir affirmer une lésion aortique ; il conseille de continuer le même traitement en appliquant tous les quinze jours des sangsues à l'anus.

Ce traitement, aidé tantôt par de la teinture de digitale, tantôt par celle de vératrum viride et par de l'aconitine amène une amélioration évidente qui permet à S... de se livrer à un travail de bureau et d'aller à Dijon au mois de janvier 1885.

Il fut assez bien jusqu'au 10 février, mais l'essoufflement le reprenant, il rappelle M. Liégeois à Dijon ; la veille, il avait eu des vomissements, des palpitations, une douleur déchirante derrière le sternum, sa poitrine était serrée comme dans un étau ; douleur vive à l'épaule gauche avec irradiations au coude, sueurs froides ; la crise d'*Angor* avait duré dix minutes ; il y avait de l'œdème aux jambes avec un peu d'ascite. — Les pilules Dupuy sont prescrites à nouveau.

Le 19, nouveau télégramme ; dans la nuit, Madame S... entendit son mari pousser un grognement et eut quelque peine à le réveiller ; tout le côté droit, y compris la face, était paralysé. M. le Dr M..., professeur à l'école de médecine de Dijon, appelé, appliqua un vésicatoire en arrière de la poitrine et des sinapismes aux jambes et redouta une fin prochaine.

Le Dr Liégeois arrivé le soir même à 6 heures, eut une entrevue avec son

confrère. Tous deux diagnostiquèrent une embolie dans l'artère sylvienne gauche; d'un commun accord, ils déclarèrent que l'hypertrophie du cœur était probablement liée à une lésion de l'aorte dont témoignaient les congestions pulmonaires, les vomissements après les repas, les accès d'oppression et les douleurs rétro-sternales.

Traitement. — Iodures, diète lactée, applications mensuelles de sangsues.

M. S... était guéri en juin 1885 de son hémiplégie, il avait seulement une certaine difficulté pour mouvoir le pouce droit ; son cœur battait à 74, fort, régulièrement, mais à l'auscultation du premier bruit, dans la zone sus-mamelonnaire, on entend se propageant dans les carotides un souffle assez fort et prolongé caractéristique d'un rétrécissement des valvules sigmoïdes de l'aorte; toutefois ce souffle est inconstant. L'Angine de Poitrine n'a plus reparu, mais de temps à autre survient de l'oppression.

Quelquefois l'insuffisance et le rétrécissement aortiques sont réunis chez le même sujet ainsi qu'on va le voir dans les observations suivantes :

OBSERVATION CLVI

(RÉSUMÉE)

(Dr WILKS. — In the Lancet, 16 janvier 1869, p. 85)

Un laboureur âgé de trente-cinq ans, ni syphilitique, ni arthritique, porteur *d'un rétrécissement avec insuffisance aortique*, a souffert, il y a sept mois pour la première fois, d'un accès d'Angine de Poitrine. Les accès éclataient toutes les nuits après les fatigues de la journée ou bien pendant la marche et duraient de deux à cinq heures ; avant la douleur sternale, le malade en ressent une autre dans la saignée du bras.

OBSERVATION CLVII

(Dr HUCHARD. — Des Angines de Poitrine, p. 688)

Rétrécissement et insuffisance aortiques avec légère dilatation de l'aorte.
Angine de Poitrine.

M. de P. C..., âgé de quarante-huit ans, m'est adressé par mon excellent confrère et ami le Dr Nivert. Ancien officier de marine, il ne présente dans ses antécédents ni syphilis, ni alcoolisme, ni tabagisme. Son père hémorroïdaire, est mort à quatre-vingt-trois ans, d'une attaque apoplectique ; sa mère a succombé à quarante-huit ans à un cancer viscéral, son frère et sa sœur sont bien portants. Dans ses antécédents héréditaires ou personnels, on ne note l'existence d'aucun accident franc de rhumatisme ou de goutte. — Il a été successivement en Chine, en Cochinchine, à la Martinique, à la Guadeloupe, où il n'a jamais été soigné pour une maladie autre que l'anémie.

En juillet 1882, il est atteint, après une violente émotion, de son premier accès d'Angine de Poitrine, qui est caractérisé par un début subit, une douleur violente au cœur avec une angoisse indicible d'une durée de 3 à 5 minutes. A partir de cette époque, les accès se multiplient et sont provoqués par les émotions ou par le moindre effort : ascension de quelques escaliers, action de se lever, effort de défécation, etc. L'attaque commence le plus souvent par une

douleur au creux épigastrique, douleur qui remonte très rapidement dans la région cardiaque, puis dans la région aortique, où elle donne lieu à une sensation de compression considérable, à une angoisse profonde, à la crainte de la mort ; elle remonte au cou, où elle produit la sensation d'un corps étranger, enfin elle s'étend à l'épaule, au bras, à l'avant-bras du côté gauche, qui devient le siège d'un refroidissement très marqué. Très souvent aussi, l'accès est précédé par des palpitations extrêmement violentes ; il se termine parfois par quelques vomissements glaireux ; il a rarement un début périphérique par le membre supérieur gauche. Dans l'intervalle de ses accès, le malade éprouve souvent la sensation de barre transversale à la partie antéro-supérieure du thorax ; mais il n'y a pas de point douloureux dans les espace intercostaux, et la pression sur le trajet des nerfs phréniques ne donne lieu à aucune douleur.

Avant même d'avoir examiné ce malade, et en m'appuyant sur les caractères des attaques, et surtout sur la facilité de leur provocation par le moindre effort (cet homme a même eu un accès dans mon salon après avoir monté un étage pour venir me consulter), j'établis le diagnostic d'Angine de Poitrine *vraie*, par ischémie organique du myocarde. Ce diagnostic est du reste aussitôt confirmé par les résultats de l'examen stéthoscopique. A l'ausculation du cœur, au niveau du deuxième espace intercostal droit, on constate un double souffle systolique et diastolique (rétrécissement et insuffisance aortiques), avec une légère dilatation de l'aorte. Les artères sous-clavières sont plus élevées qu'à l'état normal ; les artères du cou battent avec une certaine violence ; le pouls radial est dur, concentré, bondissant, et présente tous les caractères de l'athérome. Cet homme est nerveux, très maigre, sec, et son facies est d'une pâleur très accusée.

Le bromure de potassium n'a jamais pu calmer les accès, et les autres médicaments prescrits n'ont amené aucune amélioration. C'est alors que M. Nivert eut recours aux inhalations de nitrite d'amyle et à l'ingestion d'une solution renfermant quelques gouttes de nitroglycérine, d'après la formule que j'ai employée. Sous l'influence des inhalations amyliques, la face se colore vivement, les palpitations du début de l'attaque cessent, la douleur et l'angoisse précordiale s'évanouissent, et le malade ressent après une minute à peine un « bien être extraordinaire. » De plus, les accès, qui se reproduisaient il y a six semaines, tous les deux ou trois jours, diminuent de fréquence et ne reviennent très atténués qu'à d'assez rares intervalles. Le malade exprime par ces paroles le bien que le nitrite d'amyle lui a procuré : « Depuis que je suis en possession de ce médicament, je n'ai plus aucune crainte pour sortir, tandis qu'auparavant je n'osais plus quitter ma maison. » Je lui ordonne le traitement suivant : iodure de sodium à la dose d'un gramme le matin ; 2 milligrammes et demi d'arséniate de soude au commencement de chaque repas ; application d'une série de vésicatoires sur les parois préaortique et précordiale ; inhalation de nitrite d'amyle au moment des accès, que l'on remplacera par l'ingestion de deux capsules par jour de valérianate d'amyle.

C. — **Dilatation simple de la crosse de l'aorte.**

La simple dilatation de l'aorte est bien rarement accompagnée

d'Angine de Poitrine à moins que cette ectasie ne se complique de plaques d'artério-sclérose ou athéromateuses, ou bien encore d'un certain degré d'aortite. — Dans ce cas, il en est autrement, et M. Elie Gintrac en a cité un exemple qui se termina par la guérison et le gonflement du testicule gauche. F. Hoffmann (1) a cité une observation identique. M. Péter rapporte bien l'observation d'un malade chez qui il existait une dilatation de l'aorte, mais il y avait en même temps une névrite cardiaque et phrénique qui évidemment était une cause plus puissante d'appel à l'*Angor* qu'une dilatation fort limitée. — D'autre part M. H. Léger (2) qui a eu à observer une dilatation sans altération des parois du vaisseau, sans complication d'*Angor*, en conclut que l'ectasie de l'aorte sans processus aigu dépendant d'une aortite ou d'un athérome ne suffit pas pour la faire naître. Gardons à cet égard une prudente réserve et contentons-nous de mentionner l'observation de M. Liégeois :

OBSERVATION CLVIII
(Dr Liégeois) (3)

Dilatation aortique simple de cause inconnue. — Accès d'Angine de Poitrine. — Amélioration pendant six mois, obtenue par l'iodure de potassium. — Nouveaux accès liés à l'aggravation de la lésion. — Administration de l'iodure de sodium suivie de succès.

Le 12 juin 1882, je suis consulté pour la première fois par M. A... C'est un jeune homme de vingt-neuf ans, chétif, au facies pâle, anémique. Il nous raconte que depuis trois ans, il est traité pour de « l'asthme humide. » De temps en temps, en effet, il est pris entre dix heures du soir et trois heures du matin, d'accès d'oppression qui ont la plus grande analogie avec les *accès d'asthme*, mais qui ne sont soulagés ni par les inhalations d'iodure d'Ethyle, ni par les fumigations de datura.

En interrogeant avec attention ce jeune homme, je reconnais qu'il a eu de temps en temps des accès d'oppression nocturne, mais qu'il s'est agi aussi, dans plus d'une circonstance, non point d'une oppression, mais bien d'Angine de Poitrine. C'est ainsi que plus d'une fois, au moment d'une digestion pénible, ou après un vomissement spontané des plus faciles, il s'est vu obligé de s'asseoir brusquement sur son lit, étreint par une douleur déchirante, tantôt sous-sternale, tantôt rétro-sternale, atrocement violente, s'irradiant jusqu'à l'épaule gauche et dans le cou. Cet état paroxystique était remplacé par des douleurs sourdes, plus ou moins continues, toujours rétro-sternales, qui l'inquiètent du reste depuis longtemps et contre lesquelles on lui a déjà prescrit des badigeonnages avec la teinture d'iode.

---

(1) Fr. Hoffmann. — Consultation et Responsion. Francfurti ad Moenum 1734 t. I, p. 422. De asthmate spasmodico cum tumore testis sinistri.

(2) H. Léger. — Loc. cit., p. 72-73.

(3) Dr Liégeois. — Mémoire cité, p. 78 et suivantes.

Pour nous, cet homme devait être un aortique : ses accès d'oppression, ses vomissements spontanés, ses douleurs rétro-sternales, son facies nous faisaient penser à l'existence d'une lésion de l'aorte. De par les commémoratifs toutefois, nous ne pouvions pas l'établir. M. A... n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu ; ce n'est pas un syphilitique, il est sobre, ne fume pas ; son père et sa mère sont bien portants ; son frère a été réformé parce qu'il est atteint d'une phthisie pulmonaire que je soigne depuis un an. Quelque incertitude que j'aie sur la cause même de la lésion aortique, je ne puis me refuser à en admettre l'existence en face des symptômes suivants :

Hypertrophie considérable du ventricule gauche ; à la hauteur du deuxième espace intercostal, au niveau de l'aorte, la percussion donne une matité de six centimètres, donc *l'aorte est dilatée*. A l'auscultation, les bruits du cœur sont vigoureusement frappés, les bruits mitraux sont normaux, il n'y a pas de bruits de souffle aux foyers aortiques où les claquements valvulaires ont tout simplement une résonnance tympanique, clangoreuse.

On éveille quelques douleurs par la pression sur le trajet du nerf phrénique gauche.

Il y avait donc *une dilatation de l'aorte*, sans lésions des valvules sigmoïdes, justiciable des paroxysmes angoreux aussi bien que des autres symptômes. Je soumis cet homme à l'usage de l'iodure de potassium en solution à la dose de un gramme d'abord, puis de un gramme cinquante par jour. Quelqu'un de son entourage, fort intelligent, se chargea de pratiquer une injection de morphine chaque fois qu'il serait pris ou d'un accès violent d'*Angor* ou d'un accès pénible d'oppression. L'iodure de potassium ne diminua pas sensiblement à la percussion et à l'auscultation l'état anatomique de l'aorte, mais il eut six mois consécutifs d'accalmie ; sans doute il était essoufflé en montant une côte, mais les accès de dypsnée et d'*Angor* ne reparaissaient plus.

Cependant, le 7 mars 1884, il fut repris, en aidant son père à soulever un morceau de bois, d'un accès très douloureux d'Angine de Poitrine, et depuis ce jour-là les paroxysmes se présentèrent à la moindre occasion, notamment après les repas.

Je pus constater que la dilatation aortique était devenue un peu plus considérable (sept centimètres), les claquements valvulaires plus clangoreux. Le nerf phrénique traduisait en outre sa participation à l'irritation par quelques secousses de hoquet.

Je fis apposer des vésicatoires au niveau de la fourchette sternale et mis le malade à l'usage journalier de l'iodure de sodium (1) à la dose de un gramme cinquante, comme il avait pris autrefois l'iodure de potassium. Il en prit pendant trois mois ; en septembre 1884, il eut un très léger accès d'*Angor* de peu de durée ; depuis lors, les accès ne sont pas revenus, ce qui ne veut pas dire qu'il ne reviendront pas.

D. — Anévrysme de la Crosse aortique.

Le plus souvent la dilatation de l'aorte se fait d'une manière

(1) Au Congrès de Nancy (18 août 1886) M. Liégeois a invoqué ce fait en faveur des bons résultats des iodures dans l'Angine de Poitrine vraie de M. H. Huchard.

uniforme et dans tous ses diamètres ; mais quand cette dilatation s'est exercée dans une certaine étendue, il arrive qu'en des points plus faibles, il se forme des ampoules ou des culs-de-sac qui sont le commencement d'un anévrysme.

A mesure que celui-ci acquiert de l'extension, il n'est pas rare de voir se développer de la douleur du côté de la colonne vertébrale ; on observe en outre des douleurs sternales qui, à un certain degré, ou lorsqu'elles acquièrent une grande violence, constituent de véritables accès d'*Angor*. Trousseau en cite plusieurs observations et M. Jaccoud, lui-même, admet l'Angine de Poitrine parmi les signes présomptifs de l'anévrysme aortique.

OBSERVATION CLIX

(Trousseau. — Loc. cit., p. 527, 4e édition.)

Anévrysme de l'aorte. — Angine de Poitrine. — Mort dans un accès.

Une femme, qui a succombé il y a quelque temps, dans notre salle Saint-Bernard, à un anévrysme de l'aorte, nous en a offert un remarquable exemple. Ses accès, d'abord assez éloignés, se sont rapprochés les uns des autres dans les derniers jours ; il est peu d'entre vous qui n'ait été témoin d'une de ces horribles crises. Tout-à-coup, sans cause déterminante et appréciable, aussi bien quand elle restait assise immobile sur son lit, seule position qu'elle pût garder, que lorsqu'elle faisait un mouvement, cette femme était prise d'une poignante douleur ; partant de la région précordiale, elle irradiait à la base de la poitrine où elle produisait un sentiment de constriction que la malade comparait à celle qu'aurait exercée une ceinture de fer violemment serrée cette douleur descendait dans les lombes, remontait dans la région cervicale, gagnait le bras gauche et s'étendait jusqu'à l'extrémité des doigts ; nous voyions alors la peau de la main et de l'avant-bras devenir d'une extrême pâleur à laquelle succédait presque immédiatement une coloration violacée, bleuâtre très prononcée. La douleur passée, le bras et la main restaient encore engourdis pendant quelques instants. Cette douleur était telle qu'elle arrachait des cris à la malheureuse patiente, qui, les traits du visage contractés, se dressait sur son séant, et semblait craindre la suffocation, bien que sa respiration se fit d'ailleurs assez librement. La crise durait quelques secondes, pour se répéter, ainsi que je vous le disais, à des intervalles d'autant plus rapprochés que la maladie à laquelle cette femme devait succomber approchait elle-même de la terminaison fatale.

OBSERVATION CLX

(Trousseau. — Loc. cit., p. 528.)

Anévrysme de l'aorte. — Angine de Poitrine.

Il s'agit d'un intendant militaire, âgé de cinquante-cinq ans ; ses crises, dont il faisait remonter le début à sept ans, étaient surtout caractérisées par une sensation d'engourdissement accompagnée de fourmillements siégeant dans la peau de l'aisselle gauche et s'étendant graduellement à tout le côté correspondant

de la poitrine. Souvent il éprouvait des élancements douloureux comparables à ceux des névralgies, mais ces élancements étaient calmés lorsqu'il pressait son dos contre un point d'appui résistant, contre un mur par exemple.

Depuis six ou huit mois, il lui était survenu un peu d'oppression habituelle. Une marche un peu rapide, un exercice un peu violent, provoquaient le retour des accidents, et il suffisait même qu'il eût donné beaucoup de signatures dans son cabinet, ce à quoi l'obligeaient ses fonctions, pour que les douleurs reparussent.

En examinant les organes thoraciques, nous constations tous les signes d'un anévrysme de l'aorte. Les battements du cœur étaient violents, sans bruits anormaux ; plus haut, en avant, nous entendions un bruit de souffle double, éloigné, que nous retrouvions dans toute l'étendue du côté gauche de la poitrine en arrière, prédominant le long de la colonne vertébrale, au niveau de la crête de l'omoplate. Là aussi, le plessimètre nous donnait une matité que l'on percevait en percutant profondément. Le murmure vésiculaire était, d'ailleurs, parfaitement pur dans toute l'étendue de l'appareil pulmonaire.

OBSERVATION CLXI

(Trousseau — Loc, cit., p. 531.)

Angine de Poitrine dans le cours d'un anévrysme de l'aorte latent pendant plusieurs années. Mort par rupture subite de l'anévrysme de la trachée-artère.

Un ancien agent de change près la Bourse de Paris, autrefois sujet à des coliques hépatiques fort graves et qui avaient disparu depuis quelques années, commença à se plaindre de suffocations subites qui le saisissaient quand il faisait un exercice un peu plus violent que d'habitude. La suffocation était accompagnée d'une douleur vive derrière le sternum qui irradiait dans l'épaule et dans le bras gauches. Il n'y avait pas d'oppression habituelle, et rien ne faisait supposer que l'*Angor pectoris* fût symptomatique d'une lésion organique. Mais, plus tard, l'auscultation permit de reconnaître l'existence d'un anévrysme de la crosse de l'aorte qui prit un accroissement rapide, et alors, outre l'orthopnée habituelle, il y avait des attaques d'Angine de Poitrine qui se renouvelaient à l'occasion du plus petit mouvement. Un jour que Marx venait de passer quelques moments avec lui, l'encourageant et le consolant, il descendit, et le malade l'avait reconduit jusqu'à la porte de sa chambre. Il était à peine au bas de l'escalier que le domestique l'appela en toute hâte. Il remonta précipitamment et ne trouva qu'un cadavre. La tumeur s'était subitement ouverte dans la trachée-artère, causant une hémoptysie mortelle.

OBSERVATION CLXII

(Trousseau. — Loc. cit., p. 532.)

Anévrysme de l'aorte latent pendant plusieurs années. — Accès d'Angine de Poitrine. Mort par rupture anévrysmale au dehors.

Dans les premiers temps de ma carrière de praticien j'eus à traiter pendant plusieurs années un individu dont je méconnus longtemps l'affection, et qui me laissa une leçon que je n'ai jamais oubliée. C'était un homme de soixante ans, jouissant d'une excellente santé. Deux de ses frères avaient succombé

d'une manière subite, et chez l'un d'eux on avait pu constater une rupture anévrysmale.

Mon malade, depuis un certain nombre d'années, avait une douleur violente qu'il rapportait à la base de la poitrine, et qui suivait le trajet des derniers nerfs intercostaux ; le summum de la douleur se trouvait vers la partie antérieure, et il y avait en même temps un peu d'engourdissement de la peau, dans les parties où la souffrance était le plus intense. Quelquefois la douleur abandonnait la poitrine pour se porter sur les côtés du cou et à la tête, où elle simulait une névralgie.

Les accidents n'étaient pas continus, ils se reproduisaient à des intervalles indéterminés ; tous les médecins consultés et moi-même, avions cru à une névralgie rhumatismale. Après quelques années, les douleurs furent à peu près constantes bien que très supportables ; mais lorsque le malade voulait marcher, elles s'exaspéraient si terriblement qu'il était forcé de rester presque immobile. Ordinairement le repos faisait tout cesser, comme il arrive dans l'Angine de Poitrine ; mais souvent il ne pouvait arriver à se soulager qu'en se couchant à plat ventre sur un canapé. Je ne saurais dire à combien de médications il fut soumis, tant sa grande fortune lui permettant de demander des conseils aux praticiens les plus éminents, de passer chaque année deux ou trois mois à diverses eaux minérales. Enfin, un jour, il se plaignit à moi de battements étranges qu'il éprouvait dans le dos, au niveau des septième et huitième côtes gauches. En appliquant la main, je sentis une impulsion isochrone aux battements du cœur ; la percussion, l'auscultation ne me laissèrent désormais aucun doute sur l'existence d'un anévrysme de l'aorte. Le mal fit de rapides progrès, bientôt quatre côtes s'usèrent et l'on vit sous la peau une tumeur de la grosseur de la tête d'un enfant. Je n'ai pas besoin de dire que la maladie se termina comme se terminent toujours des affections de ce genre : l'anévrysme usa la peau, et s'ouvrit tout-à-coup au dehors.

OBSERVATION CLXIII

(Trousseau. — Loc. cit., p. 532.)

Anévrysme de l'aorte thoracique latent pendant plusieurs années. — Accès d'Angor pectoris. Mort par rupture de l'anévrysme dans la cavité de la plèvre.

Il y a quelques années, mon collègue M. Richet et moi voyions ensemble un négociant qui était exactement dans les mêmes conditions. Il avait également à la base de la poitrine des douleurs qui revenaient avec paroxysme, et si, au lieu de suivre le trajet des nerfs intercostaux, elles avaient occupé les nerfs qui sont ordinairement affectés dans l'*angor pectoris*, elles auraient été confondues dans la même appellation. Longtemps on crut à une maladie rhumatismale, et les médications les plus diverses et les plus actives furent inutilement mises en œuvre : enfin, après plusieurs années, l'examen stéthoscopique, qui jusqu'ici n'avait rien révélé, nous permit de constater l'existence d'un anévrysme de l'aorte thoracique. Nous prévîmes aisément l'issue de la maladie ; en effet, à quelques mois de là, la mort eut lieu subitement pendant la nuit. Cet événement arriva à Saint-Germain-en-Laye, et M. Lepiez, qui fit l'autopsie, constata l'existence de la lésion que nous avions reconnue. L'anévrysme s'était ouvert dans la cavité de la plèvre.

Nous relaterons plus loin une observation de M. Péter où un anévrysme de l'aorte se complique à la fois d'Angine de Poitrine et de névrite cardiaque, car, nous le répétons encore une fois, il est rare qu'une de ces lésions reste isolée et circonscrite, le plus souvent elle s'accompagne de désordres multiples et étendus et de désorganisation du plexus cardiaque. — Gairdner (1) en a cité un exemple et M. Bazy (2) en a rapporté un autre où à l'examen histologique on trouva des renflements moniliformes assez volumineux dans les divers filets de ce plexus.

B. — Rétrécissement ou oblitération des artères coronaires seules.

Les altérations des artères coronaires ont été fréquemment observées à l'autopsie des sujets morts des atteintes de cette maladie; elles présentent tous les degrés possibles, depuis la simple dilatation jusqu'au resserrement, l'ossification et l'obstruction complètes. Cette ossification existe fréquemment à leur origine, tantôt sous forme de plaques, tantôt sous celle d'un anneau ou d'un véritable canal osseux avec un calibre rétréci ou imperméable. Enfin, elles peuvent être le siège d'une embolie ou d'une thrombose. — Mais ces altérations coïncidant avec l'*Angor* étaient regardées par quelques auteurs plutôt comme l'effet que comme la cause de la maladie, tandis que pour d'autres il ne pouvait y avoir d'Angine de Poitrine si la *lithiasis* des artères coronaires n'existait pas. Parmi les derniers partisans on compte Heberden (3), Jenner (4), C. H. Parry (5), Wall (6), Percival (7), Sluis (8), Ring (9), Black (10), Allan Burns (11),

(1) Gairder. — Angin. Pect. and allied states. — System of medecine edited by Russell Reynolds vol. VI. 1887.

(2) Bazy. — Bulletin de la Société clin. de Paris 1878.

(3) Heberden. — Some acount of a disorder of the Breast. — Med. trans. 1768. — T. II. P. 59. — A letter to Dr Heberden concerning the Ang. Pect. and account of its dissectionis of one, 1875. — T. II, p. 1.

(4) Cité in C. H. Parry. — Loc. cit.

(5) C. H. Parry. — Loc. cit.

(6) Wall. — Loc. cit.

(7) Percival. — Case of Ang. Pect., med. comment. Londres 1775, t. III, p. 180.

(8) Sluis. — Diss. de sternodynia syncoptica et palpitante, Groningue 1802.

(9) Ring. — Med. and phys. Journal of Edimburg, 1807.

(10) Black. — Loc cit., art. 30.

(11) Allan Burns. — Obs. in some of the most frequent and important diseases of the heart — Edenburgh 1809. — Traduct. all., éditée en 1813 par Masse.

Kreysig (1), J. Frank (2), Dance (3), qui ont tous présenté des observations où les lésions des artères coronaires justifiaient bien l'apparition de la sternalgie.

Ces praticiens ont cité, pour corroborer le rôle important qu'ils attribuent aux lésions des coronaires comme causes prédisposant à ce mal, des autopsies pratiquées par de nombreux médecins qui, avant la découverte de cette affection et avant qu'elle ne fût baptisée par ses parrains Rougnon et Heberden, avaient trouvé chez des sujets ayant succombé à ce mal, innommé jusque là, l'ossification des artères coronaires.

Ces observateurs sont : Drelincourt (4), Thébésius (5), Bianchi (6), Morgagni (7), Crell (8), Reinhold (9), Deidier-Sénac (10), Lieutaud (11).

Voyons les arguments présentés par les adversaires de cette théorie. — Nous les énumérons brièvement tous sans les discuter car nous y reviendrons plus loin. — Les artères coronaires oblitérées ou ossifiées ne sont pas une cause suffisante d'*Angor* ; il faut que des lésions du même genre existent en même temps à l'aorte, et si les autopsies avaient été faites avec plus de soin, il n'est pas douteux qu'on en aurait découvert. A cela les premiers répondent : on peut, à la rigueur, admettre quelque négligence dans un certain nombre de cas recueillis par d'anciens observateurs quoiqu'il soit bien difficile de croire que dans trois cas cités par Parry (où l'ouverture des artères coronaires était rétrécie au point de ne pas laisser entrer la sonde la plus petite) et dans un autre de Sénac (où les artères formaient des rameaux semblables à des branches de corail), d'éminents praticiens n'aient pas recherché en même temps et mentionné si elles avaient existé, des lésions de l'aorte, mais depuis quelques années les autopsies sont faites avec un soin minutieux et beaucoup

(1) Kreysig. — Loc. cit., p. 452.

(2) Franck. — Loc. cit., p. 452.

(3) Dance. — Cité par G. Sée, loc. cit., p. 241.

(4) Drelincourt. — In Boneti sepulchr. anat , l. § 12. — Obs. 8.

(5) Thébésius. — Disput. de circulo sanguinis in corde.

(6) Bianchi. — Epist. de monstris.

(7) Morgagni. — Loc. cit. Epist. XXIV. 17.

(8) Crell. — Resp.

(9) Reinhold. — De arteria coronaria instar ossis indurata. — Vitem 1740.

(10) Deidier-Sénac. — Traité de la structure du cœur. — Paris 1749.

(11) Lieutaud. — Historia anatomico medica. Paris 1767, l. II, sect. II. obs. 564, t. II p. 174.

de ces autopsies viennent prouver la coexistence de l'*Angor Pectoris* avec des lésions de l'Artère coronaire seule et sans trace aucune de lésions aortiques.

Nous citerons quelques exemples qui mettent cette influence hors de cause :

OBSERVATION CLXIV

(Antonio Gallardi. — Annali d'Osmodéi 1840.)

Prevosti, cordonnier, 40 ans, adonné à la boisson. — Accès d'Angine de Poitrine en revenant de chez lui par un vent froid, syncope. — Mort brusque dix jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie. — Rupture de l'artère coronaire droite dans l'étendue de deux lignes, avec renversement des bords, épanchement de sang dans le péricarde, cœur triplé de volume.

OBSERVATION CLXV

(Lartigue. — Mémoire cité.)

Dans la première observation de cet auteur, les artères coronaires présentaient *une ossification très circonscrite à quelques lignes de leur origine.*

Lartigue attachait à cette lésion une grande importance, car il n'avait pas pu s'empêcher d'être frappé par ce fait, qu'elle s'était présentée à l'autopsie de dix-huit sujets sur trente-trois ; nous admettons cependant que dans ces dix-huit relations, on n'a peut-être pas suffisamment examiné l'aorte.

OBSERVATION CLXVI

(Loupias. — in-thèse, Paris 1865, p. 38.)

Jeune fille de 25 ans. — L'aorte présente un renflement de ses tuniques au niveau des deux orifices des artères coronaires, lesquels sont rétrécis et permettent à peine l'introduction d'un stylet.

OBSERVATION CLXVII

(Colin. — Gazette hebdomadaire 1867, p. 453.)

Quarante-sept ans. A l'autopsie, on ne trouve rien au cœur ni à l'aorte, mais seulement une altération profonde des deux artères coronaires converties en tubes résistants, demi-calcaires et diminuant considérablement le calibre des vaisseaux.

OBSERVATION CLXVIII

(Waldham. — Lancet 1867, p. 539.)

Soixante-quatre ans. Hypertrophie du cœur et dégénérescence graisseuse du myocarde. Les deux artères avaient leurs orifices considérablement rétrécis.

OBSERVATION CLXIX

(Chalmers. — in Gairdner, London 1877.)

Angine de Poitrine, mort par syncope à 68 ans. A l'autopsie, cœur dans un état avancé de dégénérescence granulo-graisseuse; les artères coronaires étaient oblitérées par des dépôts calcaires, leur calibre était très rétréci et dans un point, elles étaient absolument imperméables.

OBSERVATION CLXX

(Potain. — *Gazette des Hôpitaux* 1880.)

Trois autopsies de sujets atteints d'Angine de Poitrine avec *rétrécissement athéromateux et oblitération des coronaires.* Dans un de ces cas la seule lésion consistait en *deux plaques athéromateuses très petites rétrécissant l'ouverture des artères coronaires au point de permettre à peine l'introduction d'une soie de sanglier.*

OBSERVATION CLXXI

(Brown-Séquard. — Commun. orale à M. Huchard. — Des Angines de Poitrine. Loc. cit., p. 124, note 1.)

Brown-Séquard a fait l'autopsie du sénateur américain C. S... qu'il avait commencé à observer depuis l'année 1858, date du premier accès, jusqu'à l'année 1874, date du dernier accès qui le fit mourir.

A l'autopsie, on trouva une partie du ventricule gauche atrophié *avec une oblitération complète d'une des artères coronaires, oblitération due à une hypertrophie des parois du vaisseau.*

Il y a dans Horns un exemple offrant une particularité semblable.

OBSERVATION CLXXII

(Samuelson. — Zectschrift für Klinische Médicin, 1880.)

Quarante-sept ans. Accidents secondaires de la syphilis à 30 ans. Hypertrophie ventriculaire, valvules saines. Artères coronaires extrêmement dures et ossifiées, rétrécissement considérable de leurs orifices ayant dû empêcher la pénétration du sang dans leur intérieur.

OBSERVATION CLXXIII

(Dr Liégeois. — Mém. cour. par Acad. de méd., p. 123.)

Accès d'Angine de Poitrine. — Signes d'hépatisation pulmonaire. — Mort rapide. — A l'autopsie, gangrène sèche des poumons par athérome artério-bronchique. — Crétification des artères coronaires.

Nicolas M... se présente à la consultation de l'hôpital le 15 juillet 1875. C'est un ancien tailleur d'habits, âgé de 76 ans, très émacié, en décrépitude, aux artères radiales athéromateuses, porteur d'un arc sénile de la cornée. Il peut se lever et marcher quoiqu'ayant quelques troubles de coordination pour lesquels surtout il vient demander d'entrer au service. Au cours de l'interrogatoire, on relève que cet homme est depuis ces trois dernières années atteint trois ou quatre fois par an, et toujours à l'occasion d'efforts, d'accès d'Angine de Poitrine

caractérisés par une vive douleur sous-sternale avec étreinte, crainte de la mort, irradiation cervico-brachiale gauche. La dernière fois que l'accident lui est arrivé, c'est en gravissant une côte un peu rapide où est située sa vigne; « il crut qu'il y resterait ».

Le pouls, lent, bat à 60 ; pas de bruit anormal aux deux temps à la pointe ; pas de bruit de souffle aortique.

La respiration est facile ; cet homme ne tousse ni ne crache quoique l'auscultation de la partie moyenne de chaque poumon dénote une expiration très soufflée, sans râles humides, et la percussion au même endroit une matité presque complète.

Trois jours après son entrée à l'hôpital, le malade est trouvé mort dans son lit et son autopsie, pratiquée avec le plus grand soin le 19 juillet à 9 heures du matin, met en évidence les faits suivants :

A l'ouverture de la cavité thoracique, les deux poumons s'affaissent, réduits au quart de leur volume ; chacun des poumons, pas plus volumineux que le poing, présente dans son lobe médian tous les caractères de la gangrène sèche. On peut l'émietter comme un bloc de charbon, il n'y a pas la moindre odeur. Les artères bronchiques sont athéromateuses et des dépôts crayeux existent dans les bronches elles-mêmes.

Le cœur est hypertrophié aux dépens de son ventricule gauche qui est graisseux ; *l'aorte n'est pas athéromateuse et ses orifices ne présentent pas de lésion.*

Les deux artères coronaires sont crayeuses à leur origine dans une étendue d'un centimètre et l'on peut difficilement faire pénétrer une soie de sanglier dans leur orifice aortique.

Le plexus cardiaque examiné par M. V..., externe de service au courant des recherches micrographiques, est sain.

Les artères de la base du cerveau sont crétifiées.

Voilà plus de preuves qu'il n'en faut pour démontrer victorieusement que l'ossification ou l'obturation plus ou moins complète des artères coronaires peuvent à elles seules et sans lésions aortiques déterminer l'*Angor*; nous achèverons de le démontrer par des expériences physiologiques au chapitre de la Pathogénie de cette affection. — Dans tous ces cas, en effet, à moins de regarder comme défectueuses ou incomplètes des observations faites par des hommes tels que Samuelson, Brown-Séquard et Potain, il n'est pas question d'autre chose que de la lithiasis des artères coronaires ; là est la cause de la mort. Dans l'observation de M. Liégeois, il est même très intéressant de voir l'athérome artério-bronchique déterminer la gangrène sèche du poumon tandis que parallèlement à cet état, à ce processus, la crétification des artères coronaires amène l'Angine de Poitrine.

Nous croyons donc raisonnable d'admettre les lésions de ces artères comme cause prédisposante, mais pas très commune, de cette

maladie, tout en évitant de dire avec les praticiens des premières années de ce siècle dont M. Liégeois condamne, dans son mémoire, l'aphorisme trop exclusif, « que *hors l'ossification de ces artères, il n'y a point d'Angor.* » L'excès est dans les extrêmes !

Cette opinion est, du reste, celle d'une foule d'auteurs : M. Jaccoud le soutient avec raison (1) et bien peu sont aujourd'hui de l'avis de M. Péter (2), disant qu'il est aussi peu rationnel d'attribuer l'Angine de Poitrine à l'athérome des artères coronaires qu'à *l'ossification* des cartilages costaux qui ont bien peu à faire dans l'histoire de cette affection, tandis qu'en réalité ces vaisseaux nourriciers du cœur jouent et doivent jouer un rôle important démontré par les observations précédentes et d'autres arguments que nous présenterons plus tard.

Nous avons dit plus haut que la thrombose ou l'*Embolie* de ces artères, pouvait entraîner aussi une détermination angineuse ; c'est l'opinion de Virchow, Cohnheim et R. Quain. L'observation de Bellini (3) qui, en 1708, trouva « *des pierres développées dans les artères coronaires* » d'un homme qui mourut, selon toutes les apparences, d'une Angine de Poitrine, celles de Fritz (4) et de S. Ranis qui datent de peu d'années, prouvent bien que l'embolie des coronaires favorise l'*Angor*. Citons une dernière observation à ce sujet :

OBSERVATION CLXXIV

(Walter-Moxon. — Loc. cit. d'après Liégeois.)

A l'autopsie, on trouve au niveau de la pointe du cœur, un amincissement de la paroi ventriculaire gauche avec dégénérescence fibrograisseuse des parois musculaires ; au niveau des régions les plus altérées, on constate dans un point l'existence d'un caillot préagonique. *L'aorte est saine, les nerfs cardiaques ne présentent aucune altération. L'embouchure des artères coronaires est libre; l'artère coronaire antérieure est normale dans l'espace d'un demi-pouce*, mais à un point de sa bifurcation, elle présente un épaississement de ses tuniques avec tous les caractères d'une artérite déformante. *A un pouce de sa naissance, la lumière du vaisseau est complétement obturée* et remplie par des détritus puriformes, vestiges d'un ancien caillot ; au niveau de cette altération artérielle, les fibres musculaires et les filets nerveux sont intimement soudés aux parois du vaisseau.

(1) Jaccoud. — Traité de Path. interne. — Paris 1873, t. I, p. 705.

(2) Péter. — Oper. cit.

(3) Bellini. — De morbis pectoris. — Opp. Venet 1708.

(4) Fritz. — Embolison of the coronary artery. Boston med. and surg. Journal 1875.

Occupons-nous maintenant des lésions des artères coronaires non plus seules pour déterminer l'*Angor*, mais accompagnées par des altérations de l'aorte, ce qui arrive si fréquemment qu'on comprend aisément que le second cas soit la règle et le premier une exception.

C. — Lésions simultanées de l'aorte et des artères coronaires considérées comme cause prédisposante organique de l'Angine de Poitrine.

Ici, les observations abondent, et dès le commencement de ce siècle, des médecins en font la remarque. Nous abrégerons autant que possible les moins importantes.

OBSERVATION CLXXV

(John-Blackall. — Observ. on the nature and cure of dropsies, to wich is added an appendix containing several cases of angina pectoris, with dissections London 1813, in-8.)

Soixante ans; à l'autopsie, cœur gras, ossification de la crosse aortique, artère coronaire droite ossifiée jusqu'au point d'être oblitérée.

OBSERVATION CLXXVI

(Williams. — Transact. path. London, t. xiii.)

39 ans. — A l'autopsie, *dégénérescence graisseuse des fibres du cœur, hypertrophie et dilatation des ventricules; rétrécissement aortique très accusé; plaque d'aortite à la base de l'aorte et rétrécissement considérable de l'orifice des artères coronaires.*

OBSERVATION CLXXVII

(Fuller. — Transact. palh., London, t. xvii.)

42 ans. — A l'autopsie, *plaques d'adhérence à l'aorte; les orifices des artères coronaires sont rétrécis à ce point qu'il est impossible d'y faire pénétrer un fin stylet.*

OBSERVATION CLXXVIII

(Loupias.)

De quelques observations d'anatomie pathologique pour servir à l'étude d'Angine de Poitrine. — Thèse de doct., Paris 1865, p. 36.

45 ans, fumeur. — A l'autopsie, *à l'origine de l'aorte, 1 millimètre environ au-dessus de l'insertion des valvules, on voit une plaque faisant un relief de 1 à 2 millimètres, rétrécissant tellement l'orifice des artères coronaires, qu'il est à peine possible d'y introduire un fin stylet; cette plaque va jusqu'à changer la direction d'une de ces artères.*

OBSERVATION CLXXIX

(Loupias. — Loc. cit., p. 38.)

Homme de 52 ans. — A l'autopsie, *légère insuffisance aortique*, lésions athéromateuses de l'aorte descendante ; l'une des artères coronaires est totalement oblitérée, l'autre permet à peine l'introduction d'un fin stylet.

OBSERVATION CLXXX

(Ludfield. — Cité *in Union médicale 1866, n° 80.*)

Homme de 40 ans. — A l'autopsie, *cœur volumineux avec depôt athéromateux mou sur les valvules entre les tuniques de l'aorte, surtout à l'orifice des artères coronaires; celui de la gauche en était obstrué complétement, avec rétrécissement de son calibre ; it était seulement rétréci à gauche, mais encore perméable avec les dimensions du calibre normal de ce vaisseau* ; les deux ventricules contractés montraient un léger degré de métamorphose graisseuse.

OBSERVATION CLXXXI

(*In Union médicale 1866.*)

Garde-forestier, 42 ans. — A l'autopsie, *du sang était extravasé dans le péricarde sans autre lésion qu'un athérome mou à l'origine de l'aorte, bouchant tellement l'orifice des artères coronaires qu'il ne pouvait admettre une tête d'épingle ; te calibre de ces vaisseaux était pourtant normal ;* le cœur volumineux pesait 13 onces 1/2 avec des traces de dégénérescence graisseuse.

OBSERVATION CLXXXII

(In Union médicale. — Ut suprà.)

Soldat de 35 ans. — A l'autopsie, le cœur était légèrement hypertrophié et pesait 14 onces ; sans contracture du ventricule droit, ni altération des valvules ; *à la base de l'aorte, existait un athérome mou obstruant complétement l'orifice de l'artère coronaire droite ; celui de gauche en était aussi beaucoup rétréci; les tuniques de ces vaisseaux étaient normales.*

OBSERVATION CLXXXIII

(J. Parrot. — Loc. cit., p. 54.)

Chez un malade de l'Hôtel-Dieu, cet auteur a constaté que l'*orifice de l'une des artères cardiaques pouvait à peine admettre la tête d'une épingle ; l'autre était transformée en une fente très étroite par une plaque néo-plasmastique de la paroi aortique qui la recouvrait à la manière d'une valvule.*

OBSERVATION CLXXXIV

(H. Huchard.)

Trente-cinq ans. Rétrécissement mitral, insuffisance aortique A l'autopsie, trace d'emphysème pulmonaire, herpertrophie du cœur, épaississement consi-

dérable des parois de l'aorte. Rétrécissement surtout à gauche des orifices des artères coronaires. On trouve au niveau du plexus cardiaque des ganglions lymphatiques hypertrophiés qui ont dû comprimer, en les englobant, les nerfs du plexus cardiaque (Abblart. Thèse de Paris, 1872).

OBSERVATION CLXXXV
(H. Huchard)

Quarante-neuf ans. — Hypertrophie du ventricule gauche, plaques athéromateuses et calcaires de l'aorte. En suivant l'artère coronaire gauche (antérieure), on constate qu'elle est vide de sang, qu'elle est fort dilatée et parsemée, comme l'aorte elle-même, de plaques athéromateuses. Mais au niveau de son passage dans l'auricule, on la voit brusquement diminuer de calibre, au point qu'elle n'a plus que 1/2 millimètre de diamètre. L'orifice de l'artère au niveau de l'aorte est converti en un pertuis filiforme par une induration athéromateuse et ne permet pas l'introduction d'un fin stylet. L'artère circonférentielle de la base du cœur est dilatée, ce qui prouve qu'il s'est établi une circulation supplémentaire... Le myocarde, dans une étendue qui correspond à la circonscription vasculaire gauche, présente des altérations qui correspondent à un infractus en voie de dégénérescence graisseuse. Par le rétrécissement des artères coronaires, l'aortite est devenue la cause de la mort subite (Rendu, *Bull. de la Soc. anat.* de Paris, 1874).

OBSERVATION CLXXXVI
(H. Huchard)

Quarante-quatre ans. — Autopsie faite par M. Cornil. Hypertrophie du cœur, dilatation considérable du cœur droit. Insuffisance mitrale avec légère insuffisance tricuspidienne, rétrécissement et insuffisance aortique. Plaques athéromateuses au-dessus des valvules aortiques. Orifice des artères coronaires ne pouvant admettre l'extrémité d'un fin stylet. Dans leur trajet, ces artères sont saines ; il n'y a ni périaortite ni péricardite, et le plexus cardiaque est parfaitement sain (G. Gautier, Thèse de Paris, 1876).

OBSERVATION CLXXXVII
(H. Huchard)

Femme de quarante-trois ans. — Aortite aiguë, insuffisance aortique. A l'autopsie, plaques d'aortite récentes, confluentes à l'origine du vaisseau, au niveau des valvules qui sont elles-mêmes très compromises. Sous l'influence des lésions de la membrane interne, les orifices des vaisseaux qui prennent naissance dans l'aorte sont très-atteints ; ceux des artères coronaires échappent à la vue ; c'est avec la plus grande peine que l'on retrouve celui de la coronaire antérieure ; la recherche de l'orifice de la postérieure a lassé notre patience (Obs. de Robert. Thèse de Paris, par Rousseau, 1880).

OBSERVATION CLXXXVIII
(Ch. Leroux. — *Bull. de la Soc. anat.* 1878, p. 221).

Aortite avec dilatation de l'aorte et athérome léger des coronaires.

Cinquante-trois ans.— A l'autopsie, *dégénérescence athéromateuse de toute*

la crosse aortique dilatée : épaississement du tissu cellulaire périphérique surtout au point où l'aorte et l'artère pulmonaire se croisent péricarde intact, même au niveau de sa réflexion sur l'aorte et les gros vaisseaux ; *les artères coronaires ouvertes dans toute leur étendue sont à peu près normales ; il n'y a ni obstruction ni rétrécissement ; on note seulement l'existence d'une petite plaque jaunâtre sur l'une d'elles, début probable d'endartérite chronique.*

Les nerfs sont disséqués avec soin, mais il est impossible de reconnaitre au milieu du tissu cellulaire induré péri-aortique, les filets du plexus cardiaque ; les nerfs phréniques sont absolument sains ; on trouve que le pneumo-gastrique droit est complétement accolé et adhérent à un gros ganglion péri-trachéen, sur lequel il est fixé d'une façon intime ; son examen histologique ne révèle aucune lésion ni de la gaine de Schwann, ni de la myéline, ni des cylindres axes, ni des fibres de Remak ; au niveau du point adhérent, simple épaississement de la gaine du nerf, mais tubes nerveux sains.

OBSERVATION CLXXXIX

(Du Cazal. — *Soc. méd. des hôpitaux*, mars 1881).

L'examen histologique pratiqué par M. Kiener, démontra : de l'athérome des valvules aortiques insuffisantes, gagnant une des artères coronaires en partie oblitérée et des lésions d'endocardite ulcéreuse entourant la base des végétations.

OBSERVATION CXC

(Hérard. — Acad. de méd., 25 décembre 1882. — *Bulletin*, 2e série. T. XII, 47e année, p. 1522-1575.)

Angine de Poitrine caractérisée anatomiquement par un rétrécissement considérable des deux artères coronaires à leur origine, sans lésion des plexus cardiaques.

Homme de cinquante-sept ans. — A l'autopsie, *cœur surchargé de graisse ; ventricule gauche très hypertrophié et dilaté ; myocarde un peu anémié ; les orifices sont normaux, sauf l'orifice aortique, qui est dilaté par des lésions des valvules ; la partie ascendante et la partie horizontale de la crosse de l'aorte sont le siège d'une dilatation surtout prononcée au-dessus des orifices sygmoïdes ; les tuniques paraissent injectées, épaissies et présentent çà et là de larges plaques calcaires, mais la lésion la plus remarquable siège à l'origine des artères coronaires dont le diamètre est réduit à ce point qu'on peut à peine y faire pénétrer un fin stylet.*

Le plexus cardiaque a été l'objet d'un examen minutieux dans le laboratoire de M. Cornil. Voici la note remise par M. Babinski, interne distingué des hôpitaux, très versé dans les recherches histologiques :

« *Les branches du plexus cardiaque situées à la base du cœur avant qu'elles ne pénètrent dans le muscle cardiaque ont été disséquées et plongées pendant vingt-quatre heures dans un bain d'acide osmique au millième, puis après avoir été laissées dans l'eau distillée pendant deux heures, elles ont été dissociées avec des pinces et des aiguilles, coloriées par le picrocarmin et mises dans la glycérine ; sur toutes les préparations qui ont été faites, on trouve partout la même disposition ; au milieu des fibres pâles*

parsemées de noyaux et paraissant être pour la plupart des fibres de Remak, on voit des fibres à myéline bien moins nombreuses que les précédentes ; ces fibres à myéline sont absolument normales; dans aucune préparation on ne trouve des fibres en voie de dégénération ; c'est là le fait le plus important, le plus positif que cet examen révèle. En effet, on pourrait soutenir que parmi les fibres pâles que nous avons signalées, il y en a un certain nombre qui ne sont autre chose que des gaînes de Schwann vides. Tous les histologistes qui se sont occupés de l'étude du système nerveux, savent la difficulté qu'il y a à distinguer les fibres de Remak d'une gaîne de Schwann vide. Le plus souvent, quand on ne trouve pas de tube nerveux en voie de dégénération, c'est sur le rapport numérique des fibres pâles et des fibres à myéline que l'on se fonde pour dire si dans le nerf qu'on examine il y a ou non des gaînes de Schwann vides ; mais lorsqu'on connaît les nombreuses variétés qui existent dans le système nerveux sympathique au point de vue du nombre relatif des deux espèces de fibres, on voit que dans le cas actuel, on ne peut se fonder sur une pareille considération.

En somme, l'examen histologique donne un résultat négatif en ce sens que sur les portions du plexus cardiaque qui ont été examinées, on n'a trouvé aucune particularité pouvant permettre de dire qu'il y a une altération quelconque... »

Voilà qui nous semble on ne peut plus concluant, mais nous ne manquons pas de nouvelles preuves que nous empruntons aux mémoires de M. Gauthier et de M. Roussy :

OBSERVATION CXCI

(Dr Gauthier. — Mémoire cité, p. 33)

Angine de Poitrine par aortite et oblitération presque complète des artères coronaires. Mort.

Le nommé François V..., âgé de quarante-cinq ans, fort et bien constitué, dit s'être toujours bien porté et n'avoir jamais eu de rhumatisme. Il ne paraît nullement livré aux habitudes alcooliques et ne fume que très modérément. Ce n'est que depuis un an qu'il se plaint de palpitations pour lesquelles il entre à l'hôpital, et depuis un mois seulement qu'il présente les symptômes les plus violents d'Angine de Poitrine. La percussion fait constater une hypertrophie manifeste du cœur. A l'auscultation, on entend un léger souffle à la base et au deuxième temps à la pointe et au premier temps, on entend un bruit de souffle beaucoup plus évident que celui de la base. Le diagnostic, insuffisance mitrale, fut porté dès le premier jour. Après une série d'accès d'Angine de Poitrine de plus en plus intenses, ce malade succomba pendant une crise, deux mois après le début de ces accidents.

A l'autopsie, tous les organes sont trouvés sains, à l'exception du cœur qui présente les lésions suivantes :

Il est gros, mais non chargé de graisse. Le ventricule droit est extrêmement dilaté en même temps que ses parois sont hypertrophiées. Le ventricule gauche est dilaté et hypertrophié. L'orifice mitral est très notablement insuffisant ; l'orifice auriculo-ventriculaire droit est aussi très élargi ; la valvule mitrale est

un peu épaissie, mais non sensiblement altérée, l'orifice aortique est rétréci au point de ne recevoir qu'avec peine l'extrémité de l'index. En même temps qu'il est rétréci, cet orifice est insuffisant ; en l'examinant d'en haut et en y versant du liquide, on voit celui-ci s'écouler dans le ventricule gauche. On remarque une altération athéromateuse siégeant à l'origine des tendons de l'une des colonnes charnues du ventricule gauche et consistant en un noyau dur de la grosseur d'un grain de blé. Cette colonne charnue est du reste dégénérée dans toute sa hauteur. Les valvules sygmoïdes sont indurées, semi-cartilagineuses et épaissies sur leur bord ; au-dessus d'elles, il existe une plaque athéromateuse très consistante et presque calcaire entourée d'autres noyaux jaunâtres demi-transparents. Les orifices des *artères coronaires* débouchant au milieu de ces plaques d'athérome ne peuvent admettre l'extrémité d'un fin stylet. Dans leur trajet, ces artères sont saines. Il n'y a ni péri-aortite ni péricardite et le plexus cardiaque est parfaitement sain. L'aorte thoracique est athéromateuse dans tout son trajet.

Donc, deux points importants à établir : oblitération presque complète des artères coronaires, intégrité absolue *du plexus cardiaque malgré les lésions profondes de l'aortite.*

OBSERVATION CXCII

(ABRÉGÉE)

Angine de Poitrine — Oblitération presque complète des artères coronaires. — Mort.

Jacquinot L..., glaceur de papier, âgé de trente-sept ans, entre le 20 octobre dans le service de M. Lancereaux. Il n'a jamais eu de rhumatisme ni de syphilis et n'est point alcoolique. Il ne peut faire un pas, un effort, sans avoir des faiblesses de cœur qui le forcent à s'arrêter et à se courber en deux et en avant.

Il ressent des élancements douloureux dans la région du cœur, avec irradiations dans l'épaule gauche et le bras gauche, et quelquefois aussi dans les aines à la fin de l'accès, besoin irrésistible d'uriner et s'il n'est pas satisfait immédiatement l'urine s'échappe malgré lui ; enfin, au moindre effort, perte presque complète de connaissance.

La main appliquée sur la base du cœur perçoit très bien un frémissement. La pointe est abaissée de deux centimètres, bruit de souffle très net au deuxième temps, ayant son maximum d'intensité à la base ; on l'entend aussi aux carotides ; l'impulsion cardiaque est ralentie, affaiblie, intermittente, 60 pulsations à la minute. Rien à noter aux poumons.

Aucune amélioration par l'iodure de potassium à la dose de un à trois grammes par jour, les accès se multiplient plus longs et plus douloureux la nuit. Sensation d'arrachement ou de déchirement au cœur ; dès que le malade se lève, tout danse devant lui. Le malade meurt dans un effort de défécation après trois jours de séjour à l'hôpital.

A l'autopsie, pas d'œdème ni d'ascite, cœur très volumineux, hypertrophié à gauche, dilaté à droite ; caillots non fibrineux et sang noir dans les ventricules.

Aorte intacte au niveau des nids valvulaires, mais à un centimètre au-dessus, saillies considérables de cinq à six millimètres d'épaisseur, formées aux dépens de la tunique moyenne.

Artère coronaire gauche. — L'orifice est absolument caché et impossible à

trouver ; ce n'est qu'en remontant l'artère avec un stylet fin qu'on réussit à le mettre en évidence. Il admet tout au plus la tête d'une épingle. Il existe au-dessus de lui un petit néoplasme formant valvule et empêchant absolument l'accès du sang.

Artère coronaire droite. — L'orifice est aussi rétréci, mais libre ; il admet à peine une sonde cannelée ordinaire, dans le reste de leur longueur, le calibre des deux artères est absolument normal.

La tunique externe de l'aorte et les nerfs du plexus cardiaque, disséqués avec délicatesse, ont été examinés avec beaucoup de soin, mais soit à l'œil nu, soit au microscope, nulle part on n'a trouvé d'altérations.

Les articulations fémoro-tibiales sont atteintes d'arthrite sèche.

En l'absence d'aortite et de névrite cardiaque, la mort ne peut donc être attribuée qu'au rétrécissement des artères coronaires.

OBSERVATION CXCIII

(Karl Dehio. — *Journal de Médecine de Saint-Pétersbourg)*

Angine de Poitrine. — Oblitération complète à gauche et presque complète à droite des artères coronaires. — Mort.

R..., trente et un ans, fort, bien musclé, grand buveur de bière et d'une bonne santé habituelle, éprouve depuis quelques mois une douleur précordiale, compressive, atroce, avec angoisse et crainte de la mort qui le force à s'arrêter.

Le 6 septembre 1880, il eût, à la suite d'une violente discussion, un fort accès d'un quart d'heure qui se termina par une abondante expectoration rougeâtre. Le 7, nouvel accès dans la rue. Il se fait conduire chez moi en voiture ; front et extrémités couverts de sueur froide ; parole entrecoupée, faiblesse extrême. Dix minutes après, mieux qui permet de l'examiner plus complétement. Pouls à 50, faible; intermittent, choc cardiaque très faible. Peu de râles dans les poumons, respiration normale. Le foie déborde les fausses-côtes de trois travers de doigt. Cet examen fait éclater un accès plus fort que jamais ; pâleur, sueur froide, douleur suraiguë, le malade ne peut rester sur son lit ; il se débat, réclamant de l'air, battements cardiaques affaiblis, peu distincts. Salive rougeâtre à la fin de l'accès, râles nombreux, mieux au bout d'une heure.

Le 10 septembre, mort subite dans la nuit après avoir jeté un cri aigu.

Autopsie. — Un peu de liquide jaune clair dans le péricarde, cœur flasque, hypertrophié, surcharge graisseuse peu considérable siégeant surtout à la pointe du ventricule gauche. Sang noir, demi-fluide et dépôts fibrineux dans toutes les cavités cardiaques. Ventricule gauche beaucoup plus dilaté que le droit, hypertrophié, mou, avec un peu de dégénérescence graisseuse. Valvules et endocarde sains, cependant dépôt athéromateux comme un pois dans l'aorte et à la base de l'un des nids. L'aorte présente sur l'endartère de nombreux dépôts calcaires et sclérotiques dans sa portion ascendante ; elle est dilatée et ses tuniques sont épaissies.

Coronaire droite. — Son orifice qui affecte la forme d'entonnoir est situé au milieu d'amas sclérotiques le rétrécissant au point qu'on ne peut y admettre un fin stylet.

Coronaire gauche. — Orifice complétement oblitéré par des dépôts calcaires ; calibre normal pour les deux.

Dans ses autres portions, l'aorte ne présentait que quelques plaques de sclérose.

Le plexus cardiaque préparé et examiné avec le plus grand soin était absolument normal.

Poumons volumineux et perméables en avant, mais congestionnés et œdématiés en arrière ; rate gorgée de sang. Foie hypertrophié, dur, avec commencement de dégénérescence graisseuse.

Reins. — La capsule se détache facilement ; mésentère et epiploon très graisseux.

La plupart des symptômes caractéristiques de l'*Angor* existent bien dans ces deux observations ; aucun n'a fait défaut ; elles en présentent bien le tableau le plus fidèle ; ces deux malades en ont été bien réellement atteints et, dans les deux cas, la mort est due à une occlusion presque complète des artères coronaires. Sans doute, il y a quelques lésions aortiques, comme il en existe presque toujours dans ces cas, mais elles sont de peu d'étendue et enfin, (les autopsies le démontrent évidemment) il n'y a pas trace d'une névrite du plexus cardiaque.

De nouvelles observations empruntées au travail de M. Roussy vont démontrer encore l'influence puissante de cette cause.

OBSERVATION CXCIV

Elle a pour sujet un homme robuste de quarante-sept ans, déclamateur et chanteur ; il avait eu la syphilis secondaire à trente ans, et pendant le traitement, il a eu trois accès épileptiformes, plus tard, de la suffocation et de la dyspnée qu'un premier médecin prit d'abord pour de l'asthme mais dans lesquels Samuelson reconnait des accès d'*Angor*. Quelque temps après, il souffrit d'une colique hépatique et d'une tumeur du rein. Du reste, pendant les cinq ans qui précédèrent sa mort, il mena joyeuse vie, usant librement des femmes et des boissons.

Mais le 26 janvier 1879, après avoir bien dîné et bien bu, il fut pris dans la rue, à cinq heures du soir, de douleurs très violentes à la poitrine et ramené chez lui où il eut de la diarrhée et des vomissements alimentaires. Samuelson le trouva à sept heures extrêmement pâle, douleurs épouvantables dans la poitrine, faiblesse, dyspnée, nausées, agitation, pouls à 35, plein, arythmique, dépressible, prédiction de sa fin prochaine. Une médication stimulante ranima un instant le pouls, mais il devint ensuite misérable et le sujet s'éteignit inconsciemment avec des convulsions de la face après cinq heures de crises.

A l'autopsie, le prosecteur Baumgarten trouve le cœur hypertrophié, les valvules saines. A l'aorte est une plaque de sclérose de cinq centimètres de long sur trois de large. A la base, quelques dépôts seulement. Les *artères coro-*

naires ressemblent à des cordons durs ; leur ouverture obstruée par des dépôts scléreux devait difficilement laisser un passage au sang. A l'examen microscopique du myocarde on trouva les fibres saines, mais il existait quelques dépôts graisseux entre les faisceaux musculaires. Poumons sains, foie vascularisé, huit calculs dans la vésicule, l'un d'eux bouchant le canal cystique. Kyste siégeant sur le bord inférieur du rein droit.

Dans cette observation, contrairement à ce qui arrive d'ordinaire, la mort n'est pas brusque, d'abord parce que, l'occlusion des artères coronaires n'étant pas complète, le cœur recevait encore un peu de sang; son arrêt n'avait pas été soudain ; de plus sa fibre n'était point atteinte de dégénérescence graisseuse, il n'avait perdu que lentement sa contractilité. Quand l'asthénie fut complète, le cœur s'arrêta et la mort survint. Enfin, ce malade ayant eu des convulsions épileptiformes, il se peut que le génie convulsif ait fait dévier l'accès d'*Angor* de ses lignes habituelles et lui ait imprimé un caractère particulier.

Ces observations sont en outre favorables à l'opinion nouvelle d'après laquelle les artères coronaires devenues athéromateuses ou cartilagineuses par plaques séparées ou uniformément, irritent les filets du plexus cardiaque par leur contact et leur rigidité et provoquent des accès d'Angine. — M. Lussana prétend même qu'à défaut des artères, les veines coronaires détendues et engorgées peuvent irriter de la même manière les rameaux du plexus et déterminer les mêmes symptômes d'*Angor* ; mais jusqu'à présent cette opinion n'a été soutenue qu'à l'état de théorie et n'a trouvé d'écho qu'en Allemagne (1).

OBSERVATION CXCV

(Dr Roussy. — Théses de Paris.)

Le Dr Roussy cite encore une observation de Dickinson, où un homme de quarante-cinq ans meurt subitement d'une Angine de Poitrine. Il trouve à l'autopsie, l'estomac dilaté, le cœur hypertrophié sans altération du myocarde, des dépôts athéromateux noirs sur les valvules aortiques et à la base de l'aorte, spécialement autour de l'orifice des vaisseaux coronaires. Une plaque d'athérome bouche l'orifice de la coronaire gauche et son calibre est rétréci. Celui de la droite est rétréci, mais son calibre est normal.

OBSERVATION CXCVI

(Dr Roussy. — Loc. cit.)

Dans celle-ci, M. Roussy fait remarquer que l'Angine de Poitrine

(1) Friedreich. — Traité des maladies du cœur.

est provoquée par la même cause, mais en outre par une hypertrophie du cœur, et que la mort survient pendant ou après l'émotion de l'acte du coït.

« L..., trente-cinq ans, exempté du service militaire comme atteint d'une affection cardiaque, va après son souper faire une promenade dans le parc avec une jeune femme. Il est foudroyé par l'*Angor* en la caressant, car on trouve sur son gland une grande quantité de spermatozoïdes.

« *Autopsie.* – Cœur volumineux ; ventricules peu contractés, contenant du sang liquide, base de l'aorte athéromateuse.

« Orifice de la coronaire droite complétement bouché par l'athérome ; il n'en restait pas la moindre trace. On ne pouvait retrouver son emplacement qu'en remontant le vaisseau, car la membrane interne de l'aorte semblait passer par dessus l'orifice.

« L'orifice de la coronaire gauche était tellement rétréci qu'il ne pouvait admettre que la pointe du stylet. Le calibre des deux artères était normal, les valvules sigmoïdes intactes. Tous les autres organes étaient sains. »

OBSERVATION CXCVII

(In transact. Philos., t. XIX, p. 170.)

Cette observation a pour sujet un plombier de cinquante-six ans qui eut à souffrir pendant longtemps d'oppression et de douleurs dans la région précordiale, s'exagérant par le moindre exercice et s'irradiant dans le bras gauche. Il en arriva bientôt à ne pas pouvoir faire quatre mètres sans s'arrêter. Son frère étant mort, il en éprouva une vive peine, et trois jours après, ayant ressenti au cœur une douleur aiguë en s'habillant, il appela au secours et mourut en syncope vingt minutes après.

Autopsie. — Adhérences pleurales anciennes à gauche. Cœur couvert de graisse ; ventricule gauche hypertrophié, valvules épaissies, les semi-lunaires entamées par un épais cartilage. La tunique interne de l'aorte était ulcérée, plaques jaunes opaques autour de la sous-clavière et de la carotide gauche ; l'orifice de la première complétement obstrué, celui de la carotide gauche rétréci par une plaque d'athérome.

L'orifice de la coronaire droite n'admettait qu'une tête d'épingle, celui de la gauche était complétement clos. Le calibre de ces deux artères était normal dans le reste de leur étendue ; elles communiquaient entre elles par une anastomose.

Le myocarde était normal et n'offrait point de dégénérescence graisseuse.

Nous remarquerons que dans la plupart des observations que nous venons de reproduire le myocarde n'est pas altéré, et ce n'est que dans un petit nombre de cas que nous trouvons une accumulation de graisse autour du cœur ; ces causes n'ont donc pas pu occasionner l'Angine de Poitrine qui est bien clairement due à l'occlusion ou au rétrécissement des artères coronaires et aux lésions aortiques.

Nous devons noter qu'en général, c'est l'artère du côté gauche qui est la plus malade, la droite l'est toujours à un moindre degré.

On s'est demandé comment en présence d'une occlusion complète des artères coronaires, le cœur pouvait se nourrir et vivre. M. Roussy est porté à croire que dans ce cas, la nutrition du myocarde se fait par imbibition à l'exemple de ce qui a lieu chez la grenouille dont le cœur dépourvu d'artères nourricières a cependant une nutrition parfaite, mais on n'en a pas moins la certitude qu'il existe de la dyschémie ou de l'ischémie cardiaque.

Il est sans doute à regretter que dans ces dernières observations, il ne soit pas parlé de l'état du *plexus cardiaque*, mais si dans aucune de ces autopsies faites avec le plus grand soin par les médecins français, anglais, allemands et russes, on n'en fait pas mention, c'est qu'il ne présentait sans doute aucune altération véritablement digne d'être notée ; sans cela l'existence de la névrite cardiaque aurait été signalée avec autant d'exactitude que les autres lésions. — On a remarqué certainement avec quelle conscience, avec quel soin le plexus a été étudié par M. Babinski dans l'observation de M. Hérard et dans celle de M. Huchard, et cependant les résultats ont été négatifs. On peut donc conclure du défaut de l'absence de la névrite qu'elle est beaucoup plus rare que ne l'ont prétendu MM. Lancereaux et Péter.

Quant aux altérations des valvules admises un peu trop facilement par les médecins anglais, elles n'existent presque jamais isolées et le plus souvent il en existe en même temps dans les vaisseaux qu'elles ferment, dont elles sont du reste une prolongation, et dans le myocarde.

3me Cause prédisposante organique d'Angine de Poitrine

Névrites Cardiaques

Ainsi que l'a écrit M. le Dr Martinet, élève de M. Péter, l'idée d'attribuer dans certains cas l'Angine de Poitrine à une inflammation des nerfs cardiaques n'est pas nouvelle et ce médecin distingué développe en ces termes son opinion sur ce sujet :

« Gintrac (1), en constatant dans une autopsie l'inflammation de l'aorte, disait

(1) Gintrac. — *Journal de la Société de Médecine de Bordeaux*, 1835.

qu'il est probable que les nerfs du plexus sont affectés et qu'ils sont le siège de cette douleur si violente.

« Cette opinion a été émise aussi par Corrigan (1836) (1).

« Lartigue suppose que, dans le cas d'aortite, il y a des tiraillements des nerfs cardiaques, mais il incline à croire que l'Angine résulte plutôt de la participation des nerfs au travail pathologique dont l'aorte est le siège (2). Cette idée, à laquelle il ne manquait que le contrôle anatomique, pour prendre rang définitivement dans la science, fut accueillie presque sans réserve. Aussi, à partir de ce moment, les nerfs cardiaques sont généralement regardés comme le siège de l'Angine de Poitrine. La névralgie du plexus est soutenue par Axenfeld, Bouchut, Parrot, Bucquoy.

« Les lésions soupçonnées par Lartigue devinrent une réalité après que M. Lancereaux eut présenté à la Société de biologie (1864) deux observations avec autopsie ; elles ont été publiées dans la thèse de son élève Loupias (3). On y voit « que l'inflammation des tuniques de l'aorte s'est propagée au plexus cardiaque, dont quelque-uns des filets sont compris dans une sorte de gangue appliquée à la partie externe du vaisseau ». L'examen microscopique des filets et des ganglions montra « que de nombreux noyaux ronds se trouvaient interposés sous forme d'amas entre les éléments tubuleux qu'ils semblaient comprimer plus ou moins. La portion médullaire de ces éléments était d'ailleurs légèrement grisâtre et grenue. »

« En 1873, M. le professeur Péter rapporte deux nouvelles observations fort importantes, qui font faire à la question un pas décisif (4).

« Dans la première, il s'agit d'un cas d'aortite avec inflammation étendue au feuillet viscéral du péricarde. Celui-ci était lié au feuillet pariétal par des fausses membranes au voisinage desquelles passait le nerf phrénique ; les filets du plexus cardiaque étaient étranglés au milieu d'un tissu adventif fortement feutré. « Au microscope, les tubes nerveux étaient comme enfouis dans une gangue des plus épaisses de tissu conjonctif. Dans le feutrage serré de celui-ci, se voyait une quantité considérable de noyaux de prolifération. Le tissu conjonctif exubérant, qui avait écarté les tubes nerveux les uns des autres, les avait étranglés de place en place, de façon qu'en certains points la gaine du nerf était vide de tissu nerveux. Enfin, celui-ci était considérablement altéré, et la myéline y était transformée presque partout en une masse granuleuse amorphe. »

« Il y avait donc endartérite chronique, inflammation de la totalité des parois de l'aorte et péricardite chronique, d'où les nerfs du plexus étaient forcément intéressés par la transmission de l'inflammation de l'aorte au péricarde. En outre, les nerfs phréniques présentaient au microscope une prolifération des

(1) Corrigan. — Traduction *in Arch. gén. de Méd.* 1844.

(2) Lartigue. — De l'Angine de Poitrine. Mémoire couronné par la *Société Médicale de Bordeaux* 1844.

(3) Loupias. — De quelques observations d'anatomie pathologique, pour servir à l'étude de l'Angine de Poitrine. Th. de Paris, 1865.

(4) Péter. — Leçons de clinique médicale, t. I, 1872.

éléments du névrilème avec étranglement des tubes nerveux et leur altération granuleuse.

« La deuxième observation est relative à un cas d'aortite chronique avec dilatation de la crosse et de l'aorte thoracique. Même aspect extérieur, même lésions histologiques des nerfs cardiaques.

« La névrite cardiaque, comme cause d'Angine de Poitrine, est donc mise hors de contestation, et le professeur Peter a fait voir, de la manière la plus évidente, que le travail de phlogose s'étendait alors de l'endartérite aux parois aortiques, y compris les filets nerveux, et enfin au pécicarde.

« Poussant encore plus loin l'analyse anatomique, notre savant maître démontre que l'inflammation ne reste pas limitée au péricarde, mais qu'elle s'étend au nerf phrénique, en rapport avec la séreuse ; il découvre, fait considérable dans l'histoire de l'Angine de Poitrine, la névrite du phrénique.

« Cette névrite cardiaque chronique avec névrite phrénique concomittante est le plus souvent symptomatique de l'aortite chronique par athérome et par conséquent on la rencontre de préférence chez les vieillards, chez les goutteux, certains rhumatisants, les alcooliques, en un mot, chez les artério-scléreux.

« Elle accompagne aussi certains anévrysmes de la crosse et quelques tumeurs ganglionnaires du médiastin.

« Elle peut revêtir la forme aiguë : elle se présente alors comme complications de la péricardite aiguë : l'inflammation localisée en pareil cas au cul-de sac supérieur de la séreuse envahit les deux feuillets dans toute leur épaisseur et de là rayonne d'une part sur les nerfs cardiaques, de l'autre sur les phréniques.

« Les nerfs du cœur peuvent aussi être frappés, protopathiquement par la fluxion rhumatismale, et cela, indépendamment de toute lésion, soit de l'aorte, soit du péricarde : c'est alors l'Angine de Poitrine rhumatismale, que nous avons précédemment étudiée.

« Parfois la névrite du phrénique, soit aiguë, soit chronique, peut faire défaut : la symptomatologie est alors écourtée, c'est la forme ébauchée : la douleur précordiale est aussi vive, mais les irradiations sont moins constantes, moins accentuées. Elles peuvent exister cependant : ce qu'il est facile d'admettre, car les nerfs pneumogastriques s'anastomosent avec l'arcade que forment les branches antérieures des deux premières paires cervicales, avec les ganglions cervicaux supérieur et moyen et par eux sont en communication avec presque tous les filets du flexus cervical.

« Souvent, à l'autopsie, avons-nous dit, on ne trouve aucune lésion du plexus, ni des gros vaisseaux, alors que, pendant la vie, on n'avait constaté aucun signe de péricardite ou d'aortite ; il y a, dans ce cas, névralgie cardiaque : celle qu'on rencontre chez les névropathes et les tabagiques. Au point de vue symptomatique, elle revêt de préférence la forme ébauchée, comme aussi sa gravité est moindre.

« Cette théorie, dite *théorie nerveuse*, que M. le professeur Péter a si brillamment soutenue, repose sur de nombreuses constatations nécropsiques. Sans parler des quatre observations dont il a déjà été question, nous pouvons citer le fait de Haddon, où le nerf phrénique gauche était comprimé par de petites tumeurs grosses comme des noisettes (1).

(1) Haddon. — Edinburg, *Méd., Journ.*, juillet 1870.

« Le cas de Heine, rapporté par Guttmann, avec autopsie par Rokitansky, où le nerf phrénique droit et le nerf cardiaque étaient enchevêtrés au milieu d'un certain nombre de tumeurs peu volumineuses (1).

« Une observation de Barety : Angine de Poitrine chez une tuberculeuse dont le pneumogastrique droit était comprimé par les ganglions et se trouvait fortement congestionné (2).

« La communication de Bazy à la Société clinique sur un cas d'anévrysme de l'aorte ; les nerfs du plexus présentaient des renflements moniliformes assez volumineux (3). »

Nous avons tenu à reproduire le langage même d'un ardent partisan de cette cause d'*Angor* ; mais en analysant les faits, on reconnaît que la névrite cardiaque et la névrite phrénique concomittante n'existent point ou bien rarement de toutes pièces et d'une manière autonome, et qu'elles sont en général l'expression symptomatique des maladies suivantes :

1° **L'Aortite chronique et athéromateuse ;**
2° **L'Artério-Sclérose** (chez les goutteux, les alcooliques, les rhumatisants, etc.) ;
3° **Les Anévrysmes de l'aorte ;**
4° **Les Tumeurs ganglionnaires du médiastin ;**
5° **Le Rhumatisme articulaire aigu.**

Dans un grand nombre des observations relatées précédemment, quand nous avons traité de l'aortite angineuse et de l'artério-sclérose, nous avons noté les lésions inflammatoires du plexus cardiaque, nous n'y reviendrons point ; un peu plus loin, nous verrons ce même plexus atteint dans nos observations d'*Angor Pectoris*, se reliant à la péricardite et aux tumeurs ganglionnaires du médiastin; il nous reste donc à reproduire ici quelques cas où un rhumatisme aigu et où un anévrysme s'accompagnent de névrite cardiaque faisant naitre l'*Angor*.

OBSERVATION CXCVIII

(Dr Martinet. — Thèse, page 76)

Rhumatisme. — Névrite cardiaque. — Angine de Poitrine

Le nommé B..., âgé de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital de la Charité, au mois de janvier de cette année, atteint de rhumatisme aigu, avec gonflement douloureux des deux genoux et de l'articulation tibio-tarsienne droite. Issu d'une

(1) Guttmann. — Anat. med. phys. f. kl. med., Berlin, 1873.
(2) Baréty. — Adénopathie trachéo-bronchique. Th. de Paris, 1876.
(3) Bazy. — *Bulletin de la Société clinique de Paris*, 1878.

mère rhumatisante, il a déjà eu, il y a deux ans, une pleuro-pneumonie, mais c'est la première fois que ses articulations ont été prises. La fièvre est modérée, la peau moite ; il y a de l'inappétence. En présence d'un tel état : fièvre, artropathies rhumatismales, nous nous assurons si, conformément à l'une des lois posées par Bouillaud, une endocardite ou une péricardite ne s'est pas développée. Nous examinons minutieusement l'appareil cardio-vasculaire et nous trouvons d'abord un pouls fort, plein, mais avec des intermittences vraies, c'est-à-dire que, à chaque arrêt du cœur, il y avait absence de pulsation à la radiale.

Ces intermittences, de courte durée, revenaient toutes les trois ou quatre pulsations et, dans l'intervalle qu'elles laissaient entre elles, les pulsations étaient régulières quant au rhythme et parfaitement égales entre elles.

Le malade n'avait pas conscience de ces arrêts ; il n'éprouvait pas cette douleur épigastrique, fulgurante, décrite par Lasègue (1) : ce dont il se plaignait, c'était une sensation de barre qui lui écrasait la région précordiale ; la pression exercée avec la main appliquée à plat sur le thorax ne l'augmentait pas, mais le doigt promené dans les espaces intercostaux déterminait, par une faible pression, une douleur poignante au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux gauches, particulièrement dans une zone voisine du bord sternal. Le cœur, exploré dans sa sensibilité, vers sa partie moyenne ou vers la pointe, ne témoignait aucune souffrance : les nerfs phréniques n'étaient douloureux en aucun point de leur trajet ; seul le pneumo-gastrique gauche était sensible à la pression, à la partie moyenne du cou, le long du bord interne du sterno-mastoïdien.

L'auscultation du cœur ne révélait ni souffle ni frottement ; l'auscultation des poumons était également négative.

A quel genre d'accidents cardiaques avions-nous affaire ?

Étions-nous en présence des troubles dynamiques marquant parfois le premier degré de la maladie rhumatismale de l'appareil circulatoire ? Cette période est caractérisée d'ordinaire par un accroissement de l'activité fonctionnelle, une impulsion exagérée sensible à la main et à l'oreille, qui entend quelquefois un tintement métallique, avec exagération de l'intensité des bruits normaux : cet état s'accompagne encore de pesanteur dans la région du cœur. Or, à part ce dernier symptôme, nous n'observions rien de semblable. La face, au lieu d'être rouge, comme l'aurait exigé ce surcroît de l'activité fonctionnelle, était pâle ; les traits étaient légèrement altérés. Par conséquent l'idée d'une endocardite était probable : on aurait pu supposer que la fluxion, quoique n'ayant pas donné lieu à la production d'un exsudat, rayonnait cependant sur les nerfs voisins de la séreuse et déterminait ainsi la douleur précordiale.

Il fallait donc attendre avant d'être définitivement fixé sur la nature et l'origine de ces accidents.

Le lendemain, le pouls présente les mêmes caractères ; il est à 88, et les intermittences revenaient toutes les huit ou dix pulsations ; toujours absence de signes physiques.

2 février. — La constriction thoracique est très pénible ; dans la nuit il y a eu une crise douloureuse, accompagnée de dyspnée et d'état vertigineux ; les

(1) Lasègue. — Des intermittences cardiaques. *Arch. gén. de Méd.*, 1871.

pulsations sont devenues irrégulières ; il se fait une série de battements précipités et inégaux, séparée de la série suivante par une petite pause. Sur le tracé sphygmographique on voit une pulsation forte, ample, avec dicrotisme exagéré suivie d'une petite pulsation, accompagnée elle-même d'une pulsation moyenne, puis une ligne horizontale et un nouveau groupe de pulsations inégales. La face est pâle, grippée, exprime la souffrance.

Le 3, les intermittences reparaissent et les battements sont réguliers ; le soir le pouls est plus fréquent (100), malgré la digitale administrée depuis deux jours, mais il est régulier, plus serré et sans intermittences.

Le 4, les symptômes douloureux subissent une notable aggravation ; la gêne respiratoire est considérable ; la pression dans le deuxième espace provoque une douleur angoissante ; le malade gémit, et, oubliant ses douleurs articulaires, ne se plaint que de « sa poitrine », suivant son expression ; le pouls est régulier, mais petit ; le facies est grippé, les extrémités sont légèrement faibles ; la pâleur est généralisée à tout le tégument.

Nous pouvons terminer là cet exposé symptomatique ; les troubles sont assez nets pour que nous puissions nous rendre un compte exact de leur pathogénie.

Il est bien évident qu'il n'y a ni endocardite, ni péricardite sèche, l'absence de frottement en est une preuve incontestable ; pas d'épanchement non plus, les battements sont superficiels, bien frappés, et la matité précordiale, en forme de cône à base supérieure, commence au bord supérieur de la troisième côte et descend sur la ligne mamelonnaire, jusqu'au bord inférieur de la sixième ; le choc de la pointe a lieu dans le cinquième espace : donc, pas d'épanchement.

Quel peut être l'organe qui, devenu le siège d'une offense morbide, traduit sa souffrance par de la douleur dans le deuxième espace intercostal gauche, près du bord du sternum ?

L'anatomie nous enseigne que là se trouve le plexus cardiaque.

Nous devons donc en conclure, dit M. Martinet, que c'est bien le plexus cardiaque qui est malade, qui a été atteint par la fluxion rhumatismale et que c'est bien une Angine de Poitrine rhumatismale avec inflammation ou névrite des nerfs qui le composent qui est venue compliquer la scène.

OBSERVATION CXCIX

(Dr Martinet. — Thèse, p. 74. — Traité des maladies du cœur du Professeur Péter)

Rhumatisme articulaire aigu. — Hypérémie du plexus cardiaque. — Pleurésie gauche Angine de Poitrine

Dans la soirée du 12 février 1879, j'étais appelé à voir en consultation, avec le Dr Masse, une dame d'une trentaine d'années, atteinte de rhumatisme articulaire aigu, qui venait d'être prise subitement des accidents cardiaques les plus formidables et les plus insolites.

Quand j'arrivai, refroidissement des extrémités, qui semblaient exsangues, pâleur et refroidissement de la face qui était grippée. Voix faible et presque éteinte ; douleur vive, angoissante, à la région précordiale supérieure, non pas en plein cœur, mais « en plein plexus cardiaque », indiqué par la main de la malade comme occupant la partie du deuxième espace intercostal gauche voisine du sternum et de la partie du sternum adjacente.

Cette douleur à siège si particulier rayonnait vers le cou et l'épaule gauche ; elle était augmentée par la pression, et celui-ci provoquait de la douleur sur le trajet pneumogastrique gauche du cou.

En même temps que cette douleur il y avait une grande dyspnée.

Le pouls était petit, misérable et fréquent à 124. Il était inégal, mais non intermittent. La température axiliaire était près de 40°, hauteur qu'elle atteignait depuis quelques jours.

L'auscultation ne révélait aucun signe de péricardite ; il n'y avait d'ailleurs aucune douleur aux insertions diaphragmatiques ni sur le trajet cervical du phrénique. Il n'y avait pas davantage de signe d'endocardite ; pas le plus petit bruit de souffle valvulaire.

Je conclus à une subite hypérémie rhumatismale du plexus cardiaque, comme se prend parfois le cerveau à la suite de la disparition des manifestations articulaires (ce qui était le cas de la dame).

Il n'y avait pas à se dissimuler la gravité du cas ; on considérait la malade comme perdue. Cependant, étant donnée la nature probable des accidents, je prescrivis une application, au siège même de la douleur, de six sangsues, à laisser au moins une heure après leur chute, et je conseillai cette émission sanguine locale malgré la pâleur, le refroidissement, l'aspect syncopal, ou plutôt à cause de tout cela. On voulut bien m'écouter, et le Dr Masse fit lui-même l'opération et en surveilla les effets.

Le lendemain matin, amélioration considérable, pouls moins fréquent, à 112, moins petit ; face moins grippée, rosée, le nez s'est réchauffé, comme les extrémités, qui ne sont plus exsangues.

Douleur locale moindre, comme l'angoisse et la dyspnée. Pas plus de signes de péricardite, d'endocardite ni de pleurésie que la veille. Température abaissée de quelques dixièmes de degré.

Application d'un grand vésicatoire à la région précordiale supérieure, (au-dessus du sein gauche).

J'abrège pour dire que du 15 au 27 février, période pendant laquelle je vis chaque matin la malade avec le Dr Masse, la douleur locale et les accidents fonctionnels allèrent lentement, mais progressivement en décroissant.

Dans les premiers jours de mai, signes d'une pleurésie légère à gauche. L'épanchement n'occupa guère que le cinquième inférieur du thorax.

Toujours aucun signe de péricardite, et (chose bien plus singulière, en raison de la gravité de ce rhumatisme et de l'élévation de la température qui restait toujours au-dessus de 39°) aucun signe d'endocardite.

Ce n'est qu'en avril que commença la convalescence. L'appétit, qui avait toujours été nul, revint peu à peu ; la température s'abaissa vers la normale. Mais la faiblesse et la maigreur devinrent excessives. Il n'y avait plus aucune trace de la douleur du plexus cardiaque, et la pression, qui la réveillait encore huit jours après l'explosion, ne la provoquait plus.

Je dois ajouter que jamais, même le soir du début des accidents, je n'avais déterminé, par la pression avec le doigt, au troisième, et surtout au quatrième espace intercostal gauche, la douleur que cette pression avec le doigt fait nette au cas de myocardite, comme je l'ai constaté en pareille circonstance.

Ainsi, au cours d'un rhumatisme aigu, et après la disparition des manifesta-

tions articulaires, un fait incontestable : accidents formidables. et, un autre fait non moins incontestable : pas de péricardite, pas d'endocardite, pas de myocardite.

Conclusion légitime : c'est que la douleur subite et l'angoisse consécutive, ainsi que les troubles fonctionnels dépendaient non directement du cœur, mais de ses nerfs.

Deuxième conclusion, non moins légitime : c'est qu'avec ses 40°, cette femme ne faisait pas seulement de la douleur, de l'algos, de la névralgie, mais étant connu le génie rhumatismal et ses processus, de l'hypérémie, sinon de la phlogose, dans son plexus cardiaque. De sorte que si elle n'avait pas encore une névrite cardiaque, elle était sur le chemin de celle-ci.

D'ailleurs, l'amélioration rapide à la suite de l'émission sanguine, et la guérison définitive par le fait de la médication anti-phlogistique, démontrent la nature des accidents.

Cette femme avait eu comme « un rhumatisme cérébral » de son plexus cardiaque.

OBSERVATION CC

(Péter. — Loc. citat., p. 444 et 445)

Légère dilatation de la base de l'aorte athéromateuse. — Accès d'Angine de Poitrine Névrite cardiaque et phrénique

Femme de soixante-quatorze ans, maigre, ridée, au visage terreux, aux cornées entourées d'un large cercle sénile. Prise d'abord pour une asthmatique, cette femme a des accès d'Angine de Poitrine avec retentissement douloureux dans l'épaule gauche coïncidant avec des douleurs rétro-sternales. Attaques nocturnes d'assez longue durée pendant lesquelles elle croit qu'elle va mourir, alors elle se sent la poitrine serrée à en étouffer, et la douleur occupe surtout la partie moyenne du sternum ainsi que la base de la poitrine, pour rayonner de là entre les épaules, dans l'épaule gauche surtout, dans le coude correspondant et dans les deux derniers doigts de la main.

Autres douleurs, à la pression, au niveau des premier, deuxième et troisième espaces intercostaux gauches et droits, de toutes les insertions diaphragmatiques, de la région cervicale en avant du scalène antérieur et de toutes les apophyses épineuses cervicales, surtout de la quatrième.

Bruits du cœur, normaux quant au rythme, très secs quant au timbre ; matité aortique transversale de six centimètres et de six centimètres et demi ; donc *dilatation de l'aorte*.

La compression des points douloureux a été l'origine d'une violente attaque d'*Angor*.

La malade succomba à l'intensité croissante de ses douleurs et de sa dyspnée et non à une syncope.

Autopsie. — L'aorte est légèrement dilatée à sa base, sa paroi externe est notablement vascularisée et les vaisseaux qui la sillonnent sont plus volumineux que d'habitude. Le péricarde qui la tapisse est épaissi, il présente ça et là de petites plaques laiteuses, mais ce qu'il offre de plus remarquable, ce sont des fausses membranes qui le rattachent au péricarde pariétal. Ces fausses membranes épaisses et résistantes, ayant l'aspect de tissu conjonctif, sont l'indice

évident qu'un travail inflammatoire s'est transmis du feuillet aortique au feuillet pariétal qui présente quelques plaques laiteuses et est plus vasculaire qu'à l'état normal.

Entre l'aorte et l'artère pulmonaire se voient également de petites brides pseudo-membraneuses d'aspect celluleux.

Les parois de l'aorte ont augmenté d'épaisseur dans toute la portion ascendante du vaisseau. La paroi interne, athéromateuse dans la plus grande partie de son étendue est incrustée çà et là de plaques calcaires. Ces plaques se voient surtout à l'éperon d'embouchure des artères coronaires et des gros troncs brachio-céphalique, carotidien et sous-clavier. Les artères coronaires sont athéromato-calcaires, surtout au niveau de leurs points de courbure.

Le cœur, fortement chargé de graisse, est en voie de dégénérescence granuleuse. Son endocarde présente des plaques athéromateuses dont quelques-unes sont infiltrées de sels calcaires, principalement sur les lames de la valvule mitrale et au niveau du sinus mitro-sigmoïdien.

Les filets nerveux du plexus cardiaque, préparés avec le plus grand soin par M. Choyau, offrent au microscope l'aspect suivant : les tubes nerveux sont comme enfouis dans une gangue des plus épaisses de tissu conjonctif. Dans le feutrage serré de celui-ci se voient une quantité considérable de noyaux de prolifération. Ce tissu conjonctif exubérant, qui avait écarté les tubes nerveux les uns des autres, les a étranglés de place en place, de façon qu'en certains points la gaine du nerf est vide de tissu nerveux. Enfin celui-ci est considérablement altéré et la myéline est transformée presque partout en une masse granuleuse amorphe.

La portion du phrénique droit, qui cotoyait les fausses membranes reliant l'aorte au péricarde pariétal, préparée avec le même soin par M. Choyau, présente absolument le même aspect que les nerfs cardiaques, c'est-à-dire une énorme prolifération du névrilème, un étranglement des tubes nerveux et une altération granuleuse de ceux-ci.

OBSERVATION CCI

(RÉSUMÉE)

(M. PETER. — Traité des maladies du cœur, p. 67 et 77, 1883)

M. Péter cite un autre exemple d'Angine de Poitrine par névrite cardiaque et aortite. « Il s'agit d'un homme de 45 ans, employé supérieur du ministère de la guerre, épuisé par un travail excessif dans le jour et les émotions du jeu et les veilles. Il fumait, en outre, continuellement. Les symptômes matériels qu'il présentait étaient une dilatation de l'aorte avec le souffle caractéristique de l'aortite chronique. Il y avait une douleur spontanée, profonde, habituelle au niveau du plexus cardiaque et la pression avec le doigt en ce point provoquait immédiatement une violente attaque d'*Angor* avec rayonnement douloureux dans les deux bras. Ce cas offrait comme particularité intéressante : 1° la périodicité des attaques, surtout nocturnes ; 2° la production de sécrétions critiques vers la fin de l'attaque ; 3° deux formes symptomatiques légèrement différentes dans l'attaque ; les attaques, très nombreuses et fort longues dans la même journée, étaient devenues moins fréquentes et plus courtes avec l'emploi des injections sous-cutanées de morphines ; elles se présentaient de neuf à dix heures du matin et aux mêmes heures le soir.

L'attaque, débutant par le cœur, s'irradiait classiquement jusqu'à la main gauche. Le pouls battait plus énergiquement pendant leur durée mais restait à 80 ou 90, un peu plus fort à droite qu'à gauche ; dès le début, transpiration abondante au haut du corps, sécrétion de mucosité dans la trachée et les grosses bronches, toux, expectoration muqueuse et filante, râles trachéaux et dyspnée notable. Quelquefois besoin d'uriner à la fin de l'accès annoncé par une douleur vive et passagère au-dessous du sein gauche, se répétant deux ou trois fois et se prolongeant vers l'hypocondre gauche.

Dans une deuxième forme, on notait l'absence de transpiration, d'exagération du pouls, et l'existence de la douleur derrière et sur les côtés du sternum et l'irradiation au bras gauche.

Survenant parfois sans cause appréciable, le plus souvent l'attaque était occasionnée par l'impression du froid, une émotion même légère ou la défécation.

En outre, le patient se plaignait souvent d'étouffement la nuit, le forçant à abandonner son lit et à se tenir debout.

OBSERVATION CCII

(Péter. — Loc. cit., t. I, p. 455-463)

Anévrysme de l'aorte thoracique. — Névrite cardiaque et phrénique. — Angine de Poitrine. — Mort par rupture de la poche.

Femme âgée de soixante-six ans, en paraissant soixante-quinze, la face pâle et terreuse était sillonnée de rides, le nez et les oreilles étaient froids, la peau de tout le corps était amincie et ridée, les épaules étaient décharnées et la poitrine sans mamelles ; les cartilages costaux étaient ossifiés.

Artère radiale droite rigide et très flexueuse, à pulsations très faibles bien que perceptibles ; à gauche, douleur rayonnant au cou et à l'épaule.

A l'auscultation, on constate que l'air ne pénètre pas dans le poumon gauche en raison d'une cause compressive sur la bronche gauche révélée par de la matité à la hauteur des fosses sus et sous-épineuses gauches ; toutefois, à la percussion, la sonorité persistait dans le poumon gauche.

Diamètre vertical du cœur : onze centimètres de diamètre ; transversal, dix centimètres et demi ; donc pas d'hypertrophie sensible, timbre sec et légèrement soufflant des bruits.

Pas de souffle dans l'aorte dont les bruits sont secs et durs ; huit centimètres de matité aortite transversale, c'est-à-dire plus du double de l'état normal ; la matité déborde de deux centimètres le bord droit du sternum.

M. Péter diagnostique le 3 novembre 1871 :

Dégénérescence de l'aorte. — Anévrysme vrai de la portion verticale. — Anévrysme faux de la crosse produisant une compression de la sous-clavière gauche et de la bronche du même côté.

Cette femme, qui avait mené une existence misérable, vivait à Paris depuis vingt-cinq ans, c'est-à-dire vingt-cinq années de misère comptant double comme les années de campagne, et la misère frappe tout d'abord l'aorte dans sa tunique élastique, cette sorte de caoutchouc tapissé d'un simple vernis, l'endartère.

Cette femme succombe le 7 janvier 1872, la nuit, à la rupture d'un anévrysme

de la portion thoracique de l'aorte ; sa vie à l'hôpital n'avait été qu'une longue souffrance avec exacerbations nocturnes revêtant la forme de l'Angine de Poitrine.

L'autopsie démontra qu'il y avait maladie primitive de l'aorte et lésions consécutives du plexus cardiaque ainsi que des nerfs phréniques. L'aorte présentait plusieurs anévrysmes faux ; dans sa portion péricardique elle est très vascularisée ; des fausses membranes relient le péricarde aortique au péricarde pariétal ; d'autres rattachent l'aorte à l'artère pulmonaire et la plèvre au péricarde ; entre les fausses membranes passe le nerf phrénique droit ; l'artère pulmonaire et le tronc de la sous-clavière gauche sont aplatis par l'anévrysme de l'aorte, ce qui devait augmenter la dyspnée, ce qui explique la nullité du pouls à gauche.

Larges plaques d'athérome et plaques calcaires à l'aorte ; l'endartère y est dégénéré partout ; infiltration du sang dans les parois, décollement ou disparition de la membrane interne de l'aorte en beaucoup d'endroits.

Comme dans l'observation précédente, les nerfs cardiaques et phréniques sont englobés dans le travail inflammatoire, les premiers sont situés au milieu d'un lacis vasculaire très évident ; le tissu conjonctif environnant est épaissi et induré. Les derniers participent aux lésions du péricarde malade par inflammation de voisinage et le droit passe comme nous l'avons dit au milieu des brides pseudo-membraneuses. Les lésions histologiques de ces nerfs cardiaques et phréniques, soigneusement étudiées, se résument en étranglement des tubes nerveux par prolifération conjonctive, attération granuleuse de la myéline et disparition de celle-ci en certains points.

Gairdner cite aussi un cas où le plexus cardiaque était envahi et désorganisé par la poche anévrysmale *(Angina Pectoris* and allied states including certain Kinds of sudden death, system of medicin, edited by Ruissel Reynolds, vol. IV, 1877). Bazy, dans le *Bulletin de la Soc. Clin. de Paris* 1878, cite également une observation où l'examen histologique montra dans les nerfs de ce plexus des ronflements moniliformes assez volumineux. Voilà, nous l'espérons, plus de preuves qu'il n'en faut pour démontrer que la névrite cardiaque ou phrénique contribue pour une bonne part au développement de l'Angine de Poitrine.

4° Lésions du Péricarde

CONSIDÉRÉES COMME CAUSES PRÉDISPOSANTES DE L'ANGINE DE POITRINE

1° **Péricardite aiguë ;**

2° **Péricardite chronique** { A. - Succédant à l'aortite chronique. B. - Reliquat de la Péricardite aiguë.

1° Péricardite aiguë

Les autopsies ont souvent démontré chez les sujets morts d'Angine de Poitrine les traces évidentes d'une péricardite chronique, on a donc, sans conteste, admis cette dernière maladie parmi les causes prédisposantes de l'*Angor*, mais on n'est pas d'un avis aussi unanime au sujet de la péricardite aiguë ; cependant, au commencement de ce siècle, Hubert (1) disait qu'il existe dans la péricardite aiguë une douleur vive sous l'apophyse mastoïde; de son côté, Frank (2) écrivait aussi que les malades ressentaient au cœur une douleur tantôt aiguë et pongitive, tantôt gravative et térébrante s'accompagnant d'un sentiment de chaleur comme si on versait un liquide chaud sur la région précordiale. Corvisart (3) a écrit que certaines péricardites débutent avec de bruyantes allures, éclatant avec fracas par des douleurs atroces qui s'irradient du cœur vers le cou et l'épaule gauche. Andral nous a laissé dans sa clinique médicale (4) deux observations qui se rapportent à n'en pas douter à de l'*Angor Pectoris* et que nous allons citer :

OBSERVATION CCIII

(Résumée. — G. Andral)

Rhumatisme articulaire aigu. — *Angor Pectoris* subit. — Mort rapide. — Épanchement purulent à la surface du péricarde.

X..., boulanger, âgé de trente et un ans, entré à l'hôpital pour un rhumatisme articulaire aigu occupant les articulations du coude et du poignet gauche; le genou droit et le pied du même côté. D'autres articulations se prirent les six premiers jours suivants.

Dans la journée du septième, gêne moins grande dans les articulations, amélioration sensible; à dix heures du soir, il est pris tout à coup d'une atroce douleur un peu au-dessous et en dedans du sein gauche, toute la nuit cette douleur persiste ; le matin du lendemain, elle arrache des cris ; elle n'augmente ni par la pression, ni par la toux, ni par les mouvements inspiratoires, ni enfin par le changement de position ; elle n'a par conséquent ni les caractères d'une douleur pleurétique, ni ceux d'une douleur musculaire. Les articulations sont complétement indolentes. D'ailleurs, absence complète de toux, poitrine sonore, bruit respiratoire net, mais d'une force remarquable. Battements du cœur très fréquents, tumultueux, irréguliers en force et intermittents. Pouls présentant les mêmes intermittences que le cœur, mais très petit, fuyant sous le doigt, ne se sentant plus par instants. Face pâle, grippée, exprimant l'anxiété la plus

(1) Hubert. — Obs. anat. casell. 1760.

(2) Frank. — Loc. cit., t. IV, p. 412.

(3) Corvisart. — Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur, Paris 1822.

(4) Andral. — Clin. médic., t. III, 2e édition 1834, p. 4, 7 et suivantes.

vive, extrémités froides ; trente sangsues furent appliquées à la région précordiale ; des sinapismes furent promenés sur les membres dans le but d'y rappeler l'affection rhumatismale qui, par une sorte de métastase, semblait s'être portée sur les enveloppes du cœur.

Mort la nuit suivante.

Autopsie. — La totalité de la surface interne du péricarde était tapissée par une exsudation blanchâtre, membraniforme et offrant un aspect comme avéole. Au-dessous de cette exsudation on observait une vive rougeur du péricarde ; il n'y avait pas, à proprement parler de liquide épanché dans son intérieur ; on en retira tout au plus une once de sérosité verdâtre.

La substance même du cœur, la surface interne de ses cavités, les gros vaisseaux qui s'y rendent ou qui en partent offrirent l'état le plus sain.

OBSERVATION CCIV

(G. Andral. — Loc. cit., p. 14-18)

Douleur à la région du cœur s'irradiant par intervalles dans le bras gauche. — Battements de cœur très forts dans le début, très obscurs plus tard. — Pouls constamment très petit, régulier, son mat à la région précordiale. — Grande dypsnée. — Épanchement sanguin dans le péricarde.

Cordonnier, âgé de trente et un ans, entré à la Charité le 6 novembre 1821. Le 4 du même mois, il avait été pris de frisson et d'un malaise général ; dans la nuit du 4 au 5, il disait avoir eu beaucoup de fièvre. Le 5, dans la matinée, il ressentit une assez vive douleur au niveau et au-dedans du sein gauch . Le 6, elle persiste ; le 7, il nous offrit l'état suivant : face pâle, exprimant la souffrance et l'inquiétude, tremblement comme convulsif des lèvres. La douleur de la région précordiale était habituellement peu intense, mais de temps en temps elle se réveillait, devenait beaucoup plus forte et alors elle ne se bornait pas à la région du cœur ; elle se répandait comme *des traits de feu*, suivant la comparaison du malade, dans tout le côté gauche du thorax ; en même temps, tout le membre thoracique de ce même côté devenait le siège d'un engourdissement très marqué, que remplaçait quelquefois uue vive douleur qui ne durait que quelques instants et qui occupait surtout la face antérieure du bras et de l'avant-bras. Toutes les fois que la douleur s'exaspérait ainsi ou qu'elle présentait les espèces d'irradiations qui viennent d'être décrites, la respiration devenait tout à coup très gênée, les battements du cœur offraient un tumulte, une irrégularité difficile à exprimer ; le pouls s'effaçait, un froid glacial se répandait sur les extrémités. Lorsque la douleur diminuait de nouveau, la respiration ne présentait plus qu'une gêne médiocre, les battements du cœur conservaient leur force ; on les entendait dans toute l'étendue de la partie antérieure du thorax ; mais ils reprenaient de la régularité et le pouls se relevait un peu, bien qu'il restât toujours très petit, relativement à la force des battements du cœur... Cet ensemble de symptômes présentait plusieurs traits d'analogie avec ceux qui ont été regardés comme appartenant à l'Angine de Poitrine. (Saignée ; trente sangsues à la région précordiale ; sinapismes autour des genoux.)

Après la saignée et l'application des sangsues les paroxysmes de douleur devinrent moins intenses et moins fréquents, la nuit fut meilleure que les précédentes.

Dans la matinée du 8, le malade n'accusait plus à la région du cœur qu'un sentiment de gêne plutôt qu'une véritable douleur. Les battements du cœur étaient moins forts, le pouls toujours très petit et d'une grande fréquence. La respiration n'était que peu gênée. Dans la journée, la douleur du cœur se réveilla encore *avec force* trois ou quatre fois et chaque fois elle *s'étendit à tout le côté gauche du thorax avec engourdissement très prononcé du bras, de l'avant-bras et de la main de ce côté.*

Le 10 novembre, grande dyspnée ; à l'auscultation, absence des battements du cœur ; pouls plus petit que jamais, la poitrine fut percutée de nouveau, et pour la première fois, on reconnut à gauche l'existence d'un son très mat, existant de haut en bas, depuis le niveau de la quatrième côte jusqu'à celui de la neuvième ou dixième, et transversalement depuis le sein à peu près jusqu'à toute la moitié gauche du sternum inclusivement. Le décubitus horizontal était devenu impossible ; le malade, assis sur son séant, pouvait à peine prononcer quelques mots d'une voix haletante ; il disait *qu'il sentait comme un lien de fer qui serrait fortement sa poitrine et qui l'étouffait.* Dans la journée l'oppression devint de plus en plus considérable et le malade succomba dans la nuit.

Autopsie. — La surface interne du péricarde était tapissée par des concrétions membraniformes tapissées en rouge.

Andral tout en n'osant pas reconnaître là une Angine de Poitrine consécutive à une péricardite aiguë, ce qu'on n'admettait point de son temps, pressentait la vérité puisqu'il accompagnait la relation de ce cas de la réflexion suivante : « Cette douleur a des caractères bien remarquables, elle ne devient vive que par intervalles, presque complétement intermittente et, s'irradiant loin du lieu de son origine, on la prendrait pour le résultat d'une névrose » (1).

Pour nous, nous n'hésitons pas à ranger ces cas dans l'histoire de la maladie que nous étudions.

Pendant longtemps, les deux observations d'Andral ont été seules à démontrer que l'*Angor* peut, quoique rarement, nous le devons avouer, être occasionnée par une péricardite aiguë, mais des faits plus récents recueillis par des autorités médicales incontestables, sont venus démontrer cette vérité.

Ainsi, M. Guéneau de Mussy avoue que souvent la péricardite aiguë s'accompagne d'une douleur centrale, viscérale (et par viscérale on doit entendre ici cardiaque), éclatant sous forme de souffrance atroce et subite vers le sein gauche, dans l'angle costo-xyphoïdien, continue ou intermittente, se réveillant de temps en temps, se répandant comme des traits de feu dans tout le côté gauche du tho-

(1) Andral. — Loc. cit., p. 28.

rax, s'accompagnant parfois d'engourdissement dans le membre supérieur gauche.

De son côté, M. Péter (1) dit qu'il n'est pas douteux qu'on a observé l'Angine de Poitrine dans quelques cas de maladies aiguës intéressant par voisinage le centre circulatoire, par exemple dans la péricardite, peut-être même dans la pleurésie diaphragmatique.

Voici, du reste, une nouvelle preuve d'*Angor* déterminé par une péricardite aiguë :

OBSERVATION CCV
(RÉSUMÉE)

(J. SIMON. — Hôpital des Enfants malades) (2)

Hypertrophie du cœur, endocardite ancienne. — Péricardite aiguë. — Angine de Poitrine. — Mort.

Une enfant de treize ans entre à l'hôpital, se plaignant de tousser depuis longtemps ; on perçoit au sommet des deux poumons des craquements et du souffle. Bientôt, elle accuse de la dyspnée, de l'oppression, de l'insomnie ; elle s'asseoit sur son lit pour respirer. Des troubles cardiaques se dessinent ; voussure du thorax ; palpation et percussion douloureuses ; la pointe du cœur déplacée, bat plus bas que de coutume, en dehors du mamelon gauche. Hypertrophie sensible ; matité de plus de dix centimètres.

La main, appliquée sur la région précordiale, perçoit un certain frémissement, un frottement doux ; en arrière, bruit de souffle ; en avant, bruit de frottement; pouls petit, rapide, inégal, intermittent.

Diagnostic — Bronchite ancienne ; hypertrophie et endocardite moins anciennes, mais compliquées d'une péricardite récente survenue depuis l'entrée de cette fillette à l'hôpital. Cette dernière affection est démontrée par la douleur précordiale, de la dyspnée, des frottements secs et superficiels perçus à l'auscultation et les irrégularités du pouls.

En même temps survient tous les soirs un accès d'Angine de Poitrine qu'on ne peut calmer qu'avec une piqûre de morphine.

A cet état si grave s'ajoutait un mois après de l'albuminurie, des congestions pulmonaires, et la malade succomba malgré un traitement énergique.

Autopsie. — Au devant et à la partie moyenne du cœur, plaque laiteuse, fibrineuse, séreuse, péricardique fortement injectée, noirâtre, semée d'ecchymoses en certains endroits, résultat d'une inflammation suraiguë du péricarde rugueux, chagriné par plaques et adhérent avec l'oreillette gauche.

Cœur gauche épaissi ; les franges de la valvule mitrale ne sont pas à jour, mais elles présentent un cordon dur, solide, résultant d'une endocardite ancienne sur laquelle est venue se greffer une inflammation récente.

La valvule tricuspide n'offre pas d'insuffisance. Au niveau de l'aorte un peu d'épaississement.

---

(1) Péter. — Loc. cit., t. I, p. 469-71.

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 5 Octobre 1886.

Poumons congestionnés, presque splénisés, emphysémateux.

« J'ajoute, dit M. J. Simon, que le voisinage des lésions du péricarde avec le nerf phrénique et le plexus cardiaque nous expliquent parfaitement les douleurs éprouvées par la malade et l'Angine de Poitrine.

« Et cependant, malgré le volume déjà considérable du cœur et d'ancienne date, cette fillette ne s'en plaignait nullement, si bien qu'on n'avait songé d'abord qu'à sa bronchite. »

Le Dr Bernheim, dans une leçon clinique sur la péricardite recueillie par le Dr Liégeois, a dit que plus d'une fois il a noté chez les malades atteints de péricardite aiguë « une douleur déchirante de la région précordiale, véritable *Angine de Poitrine s'irradiant au petit doigt, le long du bord interne du bras gauche.* » M. Liégeois (1) dit aussi l'avoir observée une fois parmi les symptômes du début « chez un homme dont l'épanchement péricardique, révélé par une matité piriforme à base inférieure très étendue, était si considérable qu'il avait aplati les poumons contre les bronches, donnant ainsi lieu au niveau de la région interscapulaire à un souffle bronchique des plus nets. »

Enfin, une observation récente de Mac Donald-Hood confirme encore cette opinion : « Un homme de soixante-cinq ans sommeillait sur un canapé, quand il fut réveillé en sursaut par un incendie ; une demi-heure après, éclate un accès absolument classique d'Angine de Poitrine, après lequel et au bout de vingt-quatre heures, on diagnostiqua un épanchement considérable dans le péricarde. »

2° Péricardite chronique

Les auteurs ont admis moins difficilement, ayons-nous dit plus haut, la péricardite chronique comme cause prédisposante de l'Angine de Poitrine. Dans ce cas, l'affection qui nous occupe peut succéder: A, à une péricardite chronique consécutive à une inflammation aiguë du péricarde, sans lésion aortique extérieure ou intérieure préexistante, ou bien B, à une péricardite chronique ayant eu son point de départ dans des lésions de l'aorte, englobant le plexus cardiaque et le nerf phrénique. — Examinons le premier point.

A — Angor Pectoris accompagnant la péricardite chronique sans lésions aortiques préexistantes

M. Paul Chéron (2) relate à ce sujet l'observation suivante :

(1) Liégeois. — Mémoire couronné. p. 135.

(2) P. Chéron. — *Gaz. Hebd. de Méd. et Chir.*, 6 décembre 1884, n° 49, p. 808 et 809.

OBSERVATIONS CCVI

(RÉSUMÉE)

Rhumatisme articulaire aigu. — Péricardite chronique, symphise cardiaque. — Angine de Poitrine. — Mort subite.

Coutelier, âgé de 19 ans, entre à l'hôpital Tenon, le 11 août 1884. Mère migraineuse, père rhumatisant, frère et sœurs bien portants.

Le sujet n'est ni scrofuleux ni alcoolique, fume peu ; non maladif si ce n'est depuis un an, époque où il eût une fièvre typhoïde qui a duré quarante jours.— Convalescence longue, mais il en guérit et reprit son travail. — Cependant, au bout d'un mois, il fut pris subitement sans cause appréciable, d'une douleur aiguë rétro-sternale. Elle remonte le long de cet os, atteint la base du cœur, envahit l'épaule gauche et le dedans du bras. Le malade a de l'angoisse et étouffe. L'attaque dure quelques secondes, mais se renouvelle aussitôt qu'il se livre à quelques efforts. On lui prescrit de la digitale et du bromure de potassium, et sous leur influence, les crises douloureuses s'éloignent et disparaissent presque complétement. Jamais d'œdème, ni d'épistaxis, ni de maux de tête.

Il y a trois semaines cependant, les accès d'*Angor* reparaissent de nouveau, bientôt la fièvre apparaît avec de la céphalalgie et des frissons ; puis surviennent des douleurs vives aux genoux d'abord, aux pieds ensuite qui se tuméfient ; sueurs abondantes, douleur aiguë en avalant, inflammation du pharynx. On transporte le malade à l'hôpital.

La pointe du cœur bat entre la septième et la huitième côte, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. Souffle au foyer d'auscultation de la mitrale, intense au premier temps, se propageant vers l'aisselle. A la base, souffle bref et rude au premier temps ; le deuxième temps est dédoublé ; il y a, en outre, au foyer aortique, un souffle doux, type de l'insuffisance aortique. On voit, au simple examen, la région précordiale animée d'une sorte d'ondulation étendue ; en même temps, les espaces intercostaux se dépriment d'une façon synchrone aux battements du cœur. On diagnostique une *symphise cardiaque*. Rien du côté des poumons. Beaucoup d'albumine dans les urines.

Le 17. — Léger accès de douleurs précordiales ; du 17 au 22, albuminurie très marquée, dyspnée, ronchus, sibilances.

Le 27, disparition des douleurs rhumatismales, persistance de la congestion pulmonaire ; deux accès francs d'Angine de Poitrine.

Le 31. — Palpitations, gêne précordiale intense ; le malade est pâle et blafard.

Le 7 septembre. — Il pâlit tout à coup et meurt immédiatement.

Autopsie. — Congestion pulmonaire ; foie muscade ; cœur non déplacé, énorme. Poids : 1 kilog. 500. Le péricarde est complétement uni au cœur. L'adhérence des deux feuillets de la séreuse a lieu par un tissu gélatiniforme, tremblotant, imbibé de sérosité et contenant çà et là des petites cavités remplies de liquide citrin. Pas d'adhérence avec les plèvres médiastines. A la base du cœur, le tissu cellulaire est normal, non congestionné, sans adhérences ; la région du plexus cardiaque, examinée attentivement, ne présente aucun signe d'inflammation ancienne ou récente. A la coupe, le tissu cardiaque est pâle,

anémié. La lésion aortique porte surtout sur la valve antérieure qui est rétractée et insuffisante. L'insuffisance mitrale est une insuffisance par dilatation ; la grande valve, très élargie (cinq centimètres), est blanchâtre et opaline, mais elle n'est pas épaissie et n'offre pas de végétations.

Les coronaires, disséquées avec le plus grand soin, sont absolument intactes, aussi bien à leur orifice aortique que dans les ramuscules les plus fins. Pas d'athérome aortique.

M. P. Chéron d'accord en cela avec Jenner, Hoffmann, Griesinger, Liebermeister, Bouchut, Cl. de Boyer, R. Bloch et d'autres cliniciens, rattache la péricardite chronique et la symphise cardiaque consécutive à la fièvre typhoïde antérieure, plutôt qu'au rhumatisme articulaire apparu en dernier lieu et il doit en être ainsi, les lésions sont trop graves pour s'être produites dans le peu de jours qu'à duré l'arthritisme.

Nous devons à M. Liégeois les deux observations suivantes fort intéressantes d'Angine de Poitrine par péricardite chronique sans lésions aortiques :

OBSERVATION CCVII

(Dr Liégeois. — Mém. cour., p. 138).

Rhumatisme articulaire aigu compliqué dès le début de péricardite sèche. — Au vingtième jour, pleurite sèche double limitée aux deux bases des poumons. — Au début de la convalescence, mort subite par Angine de poitrine.

Femme de trente-quatre ans, entrée à l'hôpital le 27 octobre 1873. Elle a eu, il y a cinq ans, un rhumatisme articulaire aigu compliqué d'une pneumonie, le tout d'une durée de trois semaines.

A son entrée au service, le 27 octobre, on diagnostique un rhumatisme articulaire aigu. Celui-ci affecte successivement presque toutes les articulations, petites comme grandes et, comme en témoigne la courbe thermométrique, parcourt son évolution aiguë en douze jours.

Dès le début, les bruits du cœur ont été sourds, ses impulsions faibles et un frottement très marqué, qu'on a vite différencié d'un bruit de souffle mitral, a été perçu au premier temps sans qu'il y eût de douleur précordiale ni de douleur à la pression dans le trajet des nerfs diaphragmatiques. Le 6 novembre, la malade fut prise d'une toux sèche qui, éveillant l'attention du côté de l'appareil respiratoire, permit de diagnostiquer une pleurite sèche des deux bases. Le 25 novembre, après mise en œuvre d'un traitement révulsif approprié, cette femme pouvait être considérée comme guérie et de son rhumatisme articulaire aigu et de sa péricardite et de sa pleurite. Elle avait bien encore quelques douleurs vagues dans les membres, un peu de frottement péricardique et pleural, mais la fièvre qui s'était montrée en même temps que la détermination rhumato-pleurale avait fait place à une température de 37°.

Du 25 au 29 novembre, on passa matin et soir près du lit de la malade sans s'occuper d'elle, on s'efforçait de la remonter par une bonne alimentation. Le 29 novembre, à neuf heures du matin, alors qu'on quittait la salle pour aller

faire le service des hommes, on voit accourir la sœur toute effrayée disant que cette femme se meurt.

Elle s'est, en effet, brusquement assise sur son lit, la tête est rejetée en arrière, les yeux convulsés, la main sur le cœur ; la malade pressée de questions répond qu'elle a « très mal là » (elle montre la région précordiale) « et là » (elle montre l'épaule gauche) puis elle ouvre largement la bouche, fait quatre ou cinq inspirations violentes et retombe sur son dos ; elle est morte, morte en moins de deux minutes.

Pratiquée quarante-huit heures après la mort, le 1er décembre 1873, l'autopsie révèle les lésions suivantes :

Epanchement pleurétique léger, avec adhérences naissantes et dépôts fibrineux aux deux bases des poumons ; le volume du cœur est normal : des adhérences très consistantes relient le péricarde de la pointe du ventricule gauche au péricarde pariétal, sans endommager le plexus cardiaque dont elles sont éloignées ; pas d'épanchement péricardique.

Quelques traces de myocardite interstitielle, valvule mitrale saine ; intégrité absolue de l'aorte et de l'orifice aortique ; pas de thrombose dans l'artère pulmonaire ; pas d'embolie dans le bulbe rachidien ni dans la protubérance.

En résumé, cette femme a succombé à une Angine de Poitrine dont la seule cause prédisposante plausible paraît avoir consisté dans des adhérences péricardiques anciennes, reliquat d'une péricardite aiguë au début de laquelle, comme cela se voit quelquefois, l'*Angor* ne s'est pas manifesté.

On ne saurait invoquer des lésions inflammatoires du plexus cardiaque pour expliquer cette explosion soudaine du paroxysme puisque ce plexus n'était pas compris dans le processus inflammatoire. Voilà donc un cas qui, à nos yeux, établit bien nettement l'existence de l'Angine de Poitrine par péricardite chronique non consécutive à des lésions aortiques.

OBSERVATION CCVIII

(Dr Liégeois. — Mém. cour., p. 140.)

Lymphangite chronique éléphantiasique des membres inférieurs de cause méconnue. Mort rapide par Angine de Poitrine. — A l'autopsie, symphise cardiaque.

Femme de quarante ans, blanchisseuse, entre le 8 juin 1875 à l'hôpital pour y faire traiter ses membres inférieurs qui ont été déjà enflés l'année dernière, mais guéris au bout de trois semaines et qui, depuis ces trois derniers mois, sont enflés de nouveau. Cela a débuté il y a trois semaines par les pieds ; les jambes ont été prises presque aussitôt et c'est seulement depuis huit jours que les cuisses ont augmenté de volume.

Les membres inférieurs, indolores, présentent un œdème rouge et dur et la desquamation qu'on aperçoit sur les faces antérieures des deux jambes, au tiers inférieur, indique que ces parties ont été récemment le siège d'une poussée érysipélateuse ; on compare cette poussée érysipélateuse à celles qui président au développement de certaines formes d'éléphantiasis ou à l'érysipèle à marche chronique qui s'observe parfois chez les femmes à l'époque de la ménopause ou à la lymphangite réticulaire qui survient quelquefois chez les cachectiques cardiaques, à la suite d'une écorchure, lorsqu'il y a de l'œdème des extrémités inférieures ou même au sclérème des adultes.

Cette femme a commencé à tousser depuis quatre mois et a craché quelques

stries sanguinolentes ; la toux l'a prise un mois avant le gonflement des pieds ; elle n'a jamais eu de battements de cœur.

Dans son lit, elle prend presque toujours une position demi-assise, parce que, dit-elle, cette position l'empêche de tousser ; la percussion du cœur est normale ; les bruits un peu sourds, mais il n'y a ni bruit de souffle, ni bruit de frottement ; le pouls est tout petit à 120, irrégulier ; rien de particulier dans les poumons, excepté quelques frottements pleuraux aux deux bases ; un peu d'œdème de la paroi thoracique antérieure gauche.

Pendant la plus grande partie du séjour de la malade à l'hôpital, on ne s'occupe que de la lymphangite qui avait eu plusieurs poussées érysipélateuses toujours révélées par une augmentation de température. Le 29 juin, les jambes ont diminué de moitié et, après une aménorrhée de quatre mois, les règles reparaissent le 10 juin.

Le 5 juillet, ascite notable ne dépendant ni d'une *cirrhose atrophique*, ni d'une *cirrhose hypertrophique*, ni d'un *cancer du foie* que la percussion indique normal ; on l'attribue plutôt à un *cancer profond des ganglions lymphatiques pelviens* inaccessible à nos moyens d'investigation clinique avec compression du canal thoracique.

Le 5 septembre, dans un but diagnostique, on fait une ponction abdominale qui retire trois litres de liquide séreux ; à travers les parois du ventre bien flasques on ne trouve pas de tumeur, le foie paraît sain.

Le 14 septembre, envies fréquentes d'uriner et dysurie ; le cathétérisme ramène à peine un verre d'urine très rouge.

Le 17 septembre au soir, œdème subit de l'avant-bras droit, commençant nettement au poignet, finissant nettement au coude ; pas de symptômes urémiques, quoique la malade n'urine à peine qu'un verre par jour ; les membres inférieurs sont redevenus aussi gros qu'à l'entrée de la malade à l'hôpital.

La mort survient le 8 octobre, à neuf heures du matin, dans les circonstances que nous allons décrire.

Tout-à-coup, au moment où cette femme se mettait sur son lit, dans la position demi-assise qui la soulageait, elle est prise dans la région du cœur, où elle porte sa main droite, d'une douleur comme fulgurante qui s'irradie jusqu'au cou, à l'épaule et au petit doigt du membre supérieur gauche non œdématié (elle rend parfaitement compte de ses sensations et voit bien qu'elle va mourir), puis, alors qu'on croit l'accès terminé, elle fait deux ou trois inspirations profondes, porte de nouveau la main droite sur son cœur et meurt immédiatement.

L'autopsie, pratiquée le 9 octobre à dix heures du matin, révèle, à la grande surprise de tous ceux qui ont suivi la maladie :

1° *Des adhérences péricardiques anciennes, reliant de toutes parts, à l'exception des feuillets péri-aortiques, le péricarde viscéral au péricarde pariétal (symphise cardiaque) ;*

2° *Une cirrhose cardiaque du foie relativement avancée.*

B — Angine de Poitrine accompagnant la péricardite chronique, résultat d'un processus inflammatoire de l'aortite.

M. Péter l'explique par la propagation de l'aortite chronique chez les vieillards, les goutteux et les alcooliques aux tuniques artérielles,

au péricarde aortique avoisinant le plexus cardiaque et au péricarde viscéral qui est alors en contact avec le nerf phrénique. Nous avons rapporté plusieurs observations où, en effet, à l'autopsie d'angineux, on trouvait des altérations du péricarde qui ont dû être consécutives à une aortite chronique, le mal étant plus avancé vers l'aorte que du côté de la séreuse cardiaque.

Du reste, M. H. Léger va nous en expliquer clairement le mécanisme. « C'est, dit-il (1), au voisinage du cul-de-sac péricardique, que ces lésions atteignent leur maximum de développement ; souvent, il existe des caractères manifestes de péricardite, et le mode de distribution des altérations montre bien le point de départ de cette inflammation toute secondaire. La lésion consiste le plus ordinairement dans la vascularisation de la séreuse et la présence de néomembranes qui la tapissent au même niveau. Les vaisseaux existent alors presque uniquement au point de réflexion du péricarde, sur les parties latérales de l'origine des vaisseaux et y dessinent des arborisations très fines et très serrées. Une autre preuve du début et de la date plus ancienne des lésions en cet endroit, c'est l'existence de filaments celluleux, parfaitement organisés, y unissant les deux feuillets de la séreuse. En d'autres points, au contraire, à la surface externe du cœur, le plus souvent en avant et un peu au-dessus de la pointe, on y retrouve des fausses membranes blanchâtres, mollasses et de formation récente. Il est facile de voir que la péricardite a dû couver un certain temps et rester cantonnée en un point précis et toujours constant, avant de s'étendre à une plus grande surface. Et le début peut marcher si lentement, il peut s'établir d'une façon si obscure que l'on trouve quelquefois imbriquées dans ces filaments anciens des petites concrétions très fines qui hérissent le péricarde à ce niveau, le plus souvent au point qui répond à la partie postérieure et droite de l'origine de l'aorte. Ce n'est pas à dire que les lésions de la péricardite ne puissent marcher plus rapidement et paraître alors à peu près du même âge dans tous les points de la séreuse, mais ce n'est certainement pas habituel. Il n'existe aussi dans tous ces cas qu'un épanchement peu considérable. La prédominance des lésions du péricarde au niveau de ses parties supérieures d'une part, et d'autre part, les altérations de la tunique externe de l'aorte plus marquées en ce point concourrent *à enser-*

(1) H. Léger. — Loc. cit., V. p. 14-16.

rer les filets descendants du plexus cardiaque, dans ces productions d'origine inflammatoire. »

Nous avons vu, du reste, dans plusieurs observations que la péricardite chronique était souvent la fidèle suivante de l'*Angor*.

5° Altérations du Myocarde

Le myocarde est passible de deux sortes d'altérations pouvant entrainer l'apparition de l'Angine de Poitrine : A. — La dégénérescence et la surcharge graisseuse ; B. — La dilatation de ses cavités droites; C. — La myocardite scléreuse ; D. — La rupture du cœur.

Le Tableau Synoptique ci-dessous rappelle cette division

- **Lésions du Myocarde**
  - A. — Dégénérescence et surcharge graisseuse du cœur, fréquentes dans. . . . .
    - A. - La goutte.
    - B. - La vieillesse.
    - C. - L'alcoolisme.
    - D. - L'obésité.
  - B. — Dilatation du cœur droit . . . . . .
    - A. - d'origine viscérale
      - Consécutive aux affections chroniques des viscères splanchniques.
    - B. - d'origine périphérique.
  - C. — Myocardite scléreuse.
  - D. — Rupture du cœur.

A. — Dégénérescence et surcharge graisseuse du cœur.

La polysarcie si fréquente à Paris, dans l'Italie méridionale, et si souvent héréditaire, est un processus morbide qui ne reconnait point pour cause unique l'usage ou l'abus des substances adipogènes (amidon, sucre) puisque des personnes se privant de toute nourriture amylacée ou sucrée en sont atteintes ; elle est aussi occasionnée chez certains sujets par la métamorphose directe des albuminates en graisse. Il est donc plus juste de dire qu'elle dépend de l'essence même des échanges matériels de l'organisme (1).

Il est bien reconnu aujourd'hui qu'elle est la cause immédiate d'autres maladies comme la stérilité, le diabète, l'asthme cardiaque et l'Angine de Poitrine.

La dégénérescence graisseuse du cœur se produit surtout chez les alcooliques, chez certains goutteux et existe naturellement chez les personnes obèses. Elle a de tout temps été considérée

(1) Dr Tommassi. de Naples.— De la Polysarcie.

comme une cause prédisposante de l'Angor. On prétend, mais ce n'est pas absolument prouvé, que cet état est la conséquence du rétrécissement des artères coronaires, ces vaisseaux nourriciers du cœur. — Il est certain que chez les obèses, le cœur moins ferme, moins bien nourri, est moins énergique, se contracte avec moins de vigueur et se lasse plus vite. Il a souvent des faux-pas, son premier temps est affaibli, le choc de la pointe est plus sourd et on note de l'arythmie, toutes les fois que le sujet ressent une émotion vive, marche avec vitesse ou monte un escalier.

Mais cette cause suffit-elle pour déterminer à elle seule des accès d'Angor ? Je le crois, et à mon avis, beaucoup de morts subites des obèses, presque toujours voués à une mort prématurée, surtout quand la polysarcie date de l'enfance ou de l'adolescence, ou quand elle est héréditaire, reconnaissent souvent cette cause.

Cette remarque n'avait point échappé aux anciens auteurs, et Dionis (1), ainsi que Lancisi, célèbre médecin italien, regardent le trop d'embonpoint comme le pronostic certain d'une mort subite. « Les vaisseaux ne sont faits, dit le premier, que pour contenir une « certaine quantité de sang. Quand on y en met trop, il faut qu'ils « crèvent. C'est une conséquence infaillible. En sorte que si l'on ne « veut pas s'exposer à cette mort, il faut éviter la plénitude qui, chez « les personnes trop grasses, est un écueil dangereux qui tôt ou « tard y fait échouer. »

Cette cause d'Angine de Poitrine avait fixé depuis longtemps l'attention des praticiens. Fothergill (2), Black (3), Richard-Quain (4) en ont cité des exemples chez des sujets alcooliques ou goutteux exposés fréquemment aux accidents de stase cardiaque. Néanmoins, ainsi que le dit M. Parrot (5), les cas de cette espèce sont rares, surtout si l'on excepte ceux où la stéatose musculaire se complique d'une attération cardiaque. On en compte cependant quelques observations dans la science que nous reproduirons et nous avons été assez heureux nous-même pour en recueillir une pendant nos vacances de 1884, qu'on lira peut-être avec intérêt :

(1) Dionis. — Dissertation sur la mort subite. — Paris, 1709.
(2) J. Fothergill. — Loc. cit.
(3) S. Black, — Loc. cit.
(4) R. Quain. — On Falty disease of the heart.— London. 1851.
(5) Parrot. — Loc. cit.

OBSERVATION CCIX
(PERSONNELLE)

M. A....., entrepreneur à Bl..., 45 ans, ancien militaire, ayant fait plusieurs campagnes de guerre, n'ayant jamais eu la syphilis, travaille beaucoup de tête et physiquement, montant et descendant chaque jour des échafaudages; il est en outre affligé d'une obésité remarquable, car, quoique d'une petite taille, il pèse plus de cent kilos. — D'ailleurs, M. A..... était aussi vif, aussi agile qu'à vingt ans et suffisait à ses nombreux travaux, quand, il y a cinq mois, sans avoir plus fumé que d'habitude, sans avoir eu de toux ni de bronchite, il fut atteint aussitôt qu'il voulait marcher vite ou monter un escalier, d'une angoisse vive, le forçant à s'arrêter. La douleur débutait par le petit doigt de la main gauche et dans l'espace d'une seconde, arrivait lancinante au sternum. La moindre pression en cet endroit l'aurait fait mourir. Du sternum, elle envahit les côtés du thorax et le creux de l'estomac qu'elle enserre et immobilise comme une *cuirasse de fer* (comparaison du malade).

M. A..., haletant, épouvanté, retient sa respiration et reste cyanosé pendant l'accès. Sa figure se couvre de sueurs ; il s'arrête anxieux, muet, craignant de mourir, et ne ferait pas *un pas en avant pour tout l'or du monde.* Après quelques minutes, le calme renait peu à peu, des gaz inodores s'échappent par le haut et annoncent la fin de la crise.

Cette affection présente chez M. A... ce caractère particulier que les accès surviennent la nuit comme le jour ; aussi ressent-il une appréhension extrême au moment de se coucher le soir. A peine essaye-t-il de monter sur son lit qu'un premier accès éclate. Quand il a pris fin, s'il veut s'étendre pour reposer ou s'appuyer sur l'oreiller, il en survient un second dès que son dos touche les coussins ou le matelas.

Nous ferons remarquer à ce propos, que chez ce malade, la pression la plus légère sur les points apophysaires ou sur les espaces intercostaux, rappelle la crise. Dans les premiers temps de la maladie, ainsi que je l'ai dit, l'*aura de l'Angor*, sa première manifestation, débutait par le petit doigt de la main gauche, mais plus tard, elle partit aussi de la main droite pour de là, monter au bras et à l'épaule de ce côté et sauter ensuite au cœur. Ce début insolite n'est pas cependant unique dans la science, et Trousseau en a signalé un premier exemple. Dans quelles maladies du reste, le génie observateur de ce grand praticien n'a-t-il pas fait d'intéressantes remarques ? Ainsi, chez mon malade, les deux points apophysaires indiqués par M. Armaingaud, de Bordeaux, sont très sensibles. Eh bien, dans ses belles leçons de clinique médicale, Trousseau avait dejà cité un cas où l'*Angor* débutait aussi par une douleur légère dans les vertèbres, et de là gagnait la poitrine, et un second cas chez l'intendant militaire dont nous avons parlé. Ce dernier calmait sa souffrance en appuyant fortement sa colonne vertébrale contre un meuble. C'est le contraire qui existe chez mon malade puisque le contact d'un oreiller réveille l'accès.

Depuis l'apparition de l'*Angor*, son teint est plus coloré, plus bleuâtre que jadis, et à chaque heure de la journée, il est pris soudainement d'un besoin irrésistible de dormir auquel il est forcé d'obéir. En vain, essaye-t-il de lutter contre cette nécessité en se raisonnant, en se remuant et même en se pinçant,

la *Narcolepsie* s'empare de lui, et aussitôt qu'il en est atteint il est terrassé et s'endort pendant dix minutes ou un quart d'heure (1). Membre du Conseil municipal de sa ville natale et faisant partie de plusieurs commissions, il a dû renoncer à ces distinctions, craignant de paraître impoli à ses collègues ; ce sommeil inopportun le surprenant aussi bien en séance auprès d'eux que chez lui, et plus facilement même, à cause de la tension de son esprit et des efforts qu'il faisait pour les écouter.

L'examen des poumons ne révèle aucun râle sibilant, aucun bruit musical comme on en trouve chez les asthmatiques ; la mensuration du cœur prouve qu'il est augmenté du quart au moins de son volume. Nous ne savons pas si cette hypertrophie, sensible à gauche, est le résultat de l'*Angor* ou de la douleur du bras de ce côté ou si elle lui était antérieure. Rappelons seulement que M. Potain l'a signalée comme résultant constamment de la douleur du bras gauche.

Pas de bruit de souffle ni de rouet. Les battements sont réguliers et affaiblis, surtout le premier temps, et le choc de la pointe du cœur est loin d'être aussi impulsif qu'il devrait l'être eu égard à son volume considérable.

J'en conclus que cet organe est certainement hypertrophié, mais surtout chargé de graisse et que le myocarde doit être affecté jusqu'à un certain point de dégénérescence. Ce sont ces altérations qui donnent lieu à ces accès indéniables d'*Angor*, bien qu'à l'inverse de la généralité des cas, ils débutent par les doigts pour remonter au cœur, mais le mal pour être tardif n'en est pas moins violent.

M. A.., fut soumis pendant trois mois à un traitement bromuré et à un régime destiné à combattre énergiquement l'obésité et par conséquent la surcharge graisseuse du cœur (Eau iodurée gazeuse de Bondonneau, une bouteille par jour aux repas avec du vin) ; il n'eut plus pendant quelque temps que des accès bénins quand il voulait accélérer sa marche. Quant à son irrésistible besoin de sommeil, il fut complétement dissipé. N'était-ce que l'effet de la stase sanguine veineuse cérébrale ou d'une anémie cérébrale passagère occasionnée par la faiblesse des mouvements systoliques ; je l'ignore, mais il est certain que la Narcolepsie a disparu depuis que la figure du malade est moins violette. Cependant il y a un an, les accès reparaissant plus facilement, je lui conseillai un traitement toni-cardiaque du myocarde. (Caféine et arséniate d'antimoine) ; ce traitement n'ayant point réussi, le malade a été soumis par mes confrères au régime du lait le plus rigoureux et il s'en trouve assez bien pour pouvoir faire de temps en temps une promenade de quelques pas; il prend aussi de l'iodure de potassium mais ne le supporte pas facilement.

Il est rare cependant, je dois le dire, que la dégénérescence graisseuse suffise à elle seule pour déterminer l'*Angor* ; le plus souvent il y a des complications qui l'accompagnent comme dans l'observation ci-après de Wadham, où la maladie est causée à la fois par

(1) La Narcolepsie peut être essentielle, mais elle accompagne souvent d'autres maladies, le diabète, les maladies du cœur, l'épilepsie, etc. V. de la Narcolepsie par le Dr Gélineau, Paris, 1883. O. Doin, éditeur.

l'hypertrophie du cœur, sa dégénérescence graisseuse et le rétrécissement des artères coronaires. Et qui nous dit que chez mon malade, cette cause puissante d'ischémie cardiaque n'existe pas ?

OBSERVATION CCX

(Wadham. — Lancette, 1860, t. II, p. 539)

S. B..., soixante-quatre ans, déjà sujet à des attaques de ce mal, se trouvait dans le parc avec une jeune femme, quand il éprouva de l'angoisse au cœur, de la constriction à la gorge, il chancelle et meurt. Le gland, sur lequel on trouva des spermatozoïdes, prouve bien que la mort l'a surpris pendant l'acte vénérien.

Autopsie. — Le cœur est hypertrophié (il pesait 500 grammes), couvert de graisse, son tissu est mou et pâle ; on y voit au microscope des *corpuscules graisseux en nombre anormal.* La crosse de l'aorte présente de larges plaques d'athérome.

La coronaire gauche avait son orifice tellement recouvert par l'une de ces plaques, qu'il était absolument impossible d'y introduire un petit stylet ; la droite avait également son orifice considérablement rétréci par une autre plaque. On en trouvait aussi quelques petites sur leur trajet. Les reins étaient dans un état de dégénérescence graisseuse peu avancé. Rien dans les autres organes.

OBSERVATION CCXI

(G. Sée. — Loc. cit., p. 242)

Dégénérescence graisseuse du cœur. — Accès d'*Angor*. — Mort pendant un accès.

J'ai soigné pendant plusieurs années une dame de soixante ans, atteinte d'essoufflement et d'accès d'oppression à la moindre marche, au plus léger mouvement. Elle avait consulté trois célébrités de la capitale, et chacun de ces trois princes de la science émit un diagnostic différent. Cette malade fut prise subitement dans son lit et sans cause apparente d'un violent accès d'Angine de Poitrine. Ces attaques se reproduisirent d'abord à d'assez courts intervalles, puis s'éloignèrent peu à peu et enfin s'eteignirent après avoir duré deux années. L'auscultation la plus attentive du cœur ne m'ayant révélé chez elle aucun signe sthétoscopique, je portai le diagnostic « Dégénérescence graisseuse du cœur. »

Ma cliente se sentant soulagée, partit pour la campagne et je la perdis de vue pendant quelque temps. Au bout de six mois, elle présenta tous les phénomènes des maladies du cœur (œdème des extrémités, palpitations) et mourut dans un accès d'Angine de Poitrine.

OBSERVATION CCXII

(Dr Ch. Liégeois. — Mém. cour., loc. cit., p. 148).

Accès d'Angine de Poitrine par dégénérescence probable du cœur

Nous avons nous-même donné l'an dernier des soins à un monsieur, dont les accès d'Angine de Poitrine, particularité signalée par M. Elie Gintrac et par M. Jaccoud, s'amendèrent et disparurent à mesure que la stéatose cardiaque progressa, ne constituant alors dans l'évolution générale de la maladie qu'une phase temporaire.

M. S..., âgé de soixante-cinq ans, vient me consulter le 29 avril 1884. Voici

tantôt quinze ans, me dit-il, qu'il porte une *maladie de cœur* qui exige une fois par an des soins médicaux et des ménagements de toute sorte.

M. S..., très hypocondriaque, n'a jamais voulu se confier aux médecins, distingués d'ailleurs, de la ville qu'il habite et a consulté annuellement le professeur Schützenberger qui a toujours porté ce diagnostic : « hypertrophie simple du cœur sans lésions valvulaires. » Privé des soins de Schützenberger qui venait de mourir, et toujours possédé de l'idée que les médecins de sa ville ne pouvaient que compromettre sa santé, il écrivit à un de ces médecins industriels de la banlieue de Paris qui traitent par les sucs des plantes et suivit sans succès le traitement par correspondance qui lui fut indiqué.

C'est dans ces circonstances que M. S..., à deux doigts de la tombe, comme il le déclare lui-même, nous fit l'honneur de nous demander avis.

J'apprends ce qui suit :

Pas d'antécédents rhumatismaux, ni goutte, ni syphilis, ni diabète, ni tabagisme. M. S.., prétend qu'il est essoufflé depuis les premières années de collège ; il lui était absolument impossible de prendre part aux jeux qui exigeaient la course. De tout temps il n'a pu gravir une côte ou marcher un peu vite « sans être près de se pâmer. »

A l'âge de trente ans, il achète une brasserie importante à E..., fait sa fortune en quinze ans et se retire à l'âge de quarante-cinq ans. A partir de cette époque, il n'occupe plus ses nombreux loisirs qu'à quelques lectures et à quelques travaux de jardin.

Une ou deux fois par an, depuis sa retraite, M. S.., à l'occasion d'un effort, d'un mouvement brusque, du coït, de la défécation ou d'une digestion pénible, était pris d'un accès d'Angine de Poitrine typique avec douleur sous-sternale atrocement constrictive, sentiment d'une mort imminente, angoisse excessive, douleurs dans le cou, la mâchoire, l'épaule, le coude gauche et l'hypocondre gauche ; la crise prenait fin après cinq ou huit minutes avec des envies d'uriner, opération qui n'était pas des plus faciles (strangurie).

Les paroxysmes angoreux n'ont pas reparu depuis ces cinq dernières années, mais l'essoufflement était plus grand. Le cœur est hypertrophié, la pointe bat au huitième espace intercostal. A la percussion, l'aorte que je croyais de prime abord intéressée, est normale. A l'auscultation, les bruits du cœur sont sourds, mal frappés comme le pouls qui, non athéromateux, est vite et petit à 120. Pas de bruits d'orifices ni à la mitrale ni à l'aorte. Œdème des membres inférieurs, lèvres cyanotiques, extrémités souvent froides, accès de dyspnée cardiaque.

Je crois M. S... atteint de *dégénérescence graisseuse du cœur.*

Cinq jours après ma consultation, il mourait après avoir respiré toute une journée selon le type dit de Cheyne-Stokes, autre signe de stéatose cardiaque.

Nous terminerons en disant que les cas où l'Angor Pectoris est la conséquence de la stéatose cardiaque en même temps que de l'artério-sclérose de l'aorte et des artères coronaires, de l'hypertrophie du myocarde, ou de la surcharge graisseuse du cœur, sont bien plus fréquents que les précédents (1).

(1) Leyden. — Zeitsch. für Klin med., t. V.

B. — Dilatation du Cœur

Nous ne ferons que mentionner en passant, la *Dilatation du cœur gauche* en reproduisant ici la partie du mémoire de M. Liégeois qui s'y rapporte (1).

« La clinique nous apprend, dit cet auteur, que l'*Angor Pectoris* se rencontre dans la seule *dilatation du cœur gauche indépendante de lésions valvulaires*, qui constitue ce qu'on a appelé le *cœur forcé* (travaux de Peacock (2), de Thurn (3), de Myers (4), de Clifford Albutt (5), de Da Costa (6), de Treadwell (7), de Johannès Seitz (8), de MM. Bernheim et E. Levy (9), de Ganghofner (10), de James Bar (11), de Münzinger (12), de Zunker (13), et qui, consécutive aux efforts, aux exercices musculaires, aux émotions dépressives, trahit en réalité, comme le prouvent, contrairement à l'opinion de M. Paul Spillmann (14) et de M. Bernheim (15), les recherches expérimentales de MM. A. Pitres, Ranvier, Marey, Weber et François-Franck (16), trahit, dis-je, la *fatigue*, *le surmènement (Overwork, Clifford Albutt, Ueberanstrengung, Seitz)* du cœur.

« Cette ectasie prédispose à l'Angor. Sous l'influence des efforts les

(1) Ch. Liégeois — Mémoire couronné, p. 151.

(2) Peacok. — On the weight and dimensions of the heart in health and diseases. — Monthly Journal 1854, et, on some of the causes and effects of valvular diseases of the heart. — London 1865.

(3) Thurn. — Wiener med. Woch. — 1868.

(4) Myers. — On the etiology and prevalence of the diseases of the heart among soldiers. — London 1870.

(5) Clifford Albutt. — The effects of overwork and strain on the heart and great Blootvessels. — S. George's Hopistal reports. — T. V, 1871, p. 23.

(6) Da Costa. — The american journal of the med. sciences 1870, p. 17.

(7) Treadwell. — Boston med. and Surg. journal, sept. 1872.

(8) Joh. Seitz. — Deutsch. Arch. f. Klin. médic. 1873 et Die ueberanstrengung. — Des Herzens, Berlin 1875.

(9) E. Levy. — Du Cœur forcé ou de l'asystolie sans lésions valvulaires. — Th. doc. Nancy 1875 et Bernheim. — Leçons de clin. méd. Paris, 1877, p. 167-273

(10) Ganghofner. — Die spontane Herz dilatation.— Vierteljahr f. die prakt. Heiltz 1876. II Bd.

(11) James Bar. — Notes of cases of diseases.— Edimb. med. journ. 1876, p 526.

(12) Munzinger.— Das Tübinger Herz. Deutsch. arch. 1877. — T. XIX, p. 449.

(13) Zunker.— Ein Fall. von dilatation.— Berlin, Klin. Woch 1877.

(14) P. Spillmann, — Arch. gen. de méd. janvier 1876, p. 69.

(15) Bernheim.— Loc. cit. et Gaz. hebd. 1877, n° 43.

(16) Pitres, A. — Des Hypertrophies et Dilat. card.— Th. d'agré. Paris 1878, p. 55-62.

plus légers, les sujets qui en sont atteints sont pris de palpitations avec ou sans hypéresthésie de la paroi contre laquelle vient heurter la pointe, puis bientôt d'une douleur précordiale qui, exaspérée par la toux et les inspirations profondes, survient d'ordinaire sous forme de paroxysmes, et siège le plus souvent au niveau de la pointe du cœur d'où elle s'irradie vers l'épaule gauche sans jamais se propager vers les nerfs intercostaux. »

M. Liégeois s'appuyant sur ce que les femmes enceintes sont souvent atteintes d'affections aortites latentes (Hinterberger) ou d'une dilatation hypertrophique temporaire du cœur, (Larcher), (Ducrest et Beau), (Zambacco), (Blot), (Durozier), (Bourgougnon et Bouquet), se demande si l'on ne pourrait attribuer à cette dilatation du cœur gauche les accès d'Angine de Poitrine survenus dans la clientèle de M. Armaingaud chez deux de ses nouvelles accouchées ; nous ne saurions partager cette opinion un peu hypothétique qu'aucun signe antérieur maladif n'a confirmé et nous préférons de beaucoup, ainsi qu'on l'a vu au début de notre ouvrage, reconnaître là le fait d'une Angine traumatique, car on ne peut nier que l'accouchement ne soit un des plus grands traumatismes que subisse l'économie, épuisée du reste par les douleurs conquassantes, parfois atroces, qui l'accompagnent.

Voici toutefois une observation remarquable de M. Liégeois où l'Angine de Poitrine ne paraît avoir eu d'autre raison d'être que la dilatation du cœur gauche entretenue probablement par l'obstacle que créait au cœur une néphrite interstitielle à ses débuts :

OBSERVATION CCXIII

(Dr Liégeois. — Mémoire couronné, p. 154)

Néphrite post-gravidique améliorée sinon guérie un mois avant l'entrée à l'hôpital. — Mort rapide par Angine de Poitrine quelques instants après l'entrée. — L'autopsie ne révèle qu'une dilatation considérable du cœur.

Femme de quarante ans, entrée le 15 juin 1875 à l'hôpital, à quatre heures du soir.

Cette femme, de nationalité allemande et causant l'allemand à peu près aussi mal que le français, fait comprendre qu'elle est accouchée il y a sept mois et que pendant les six mois qui ont précédé son entrée à l'hôpital, elle a eu un œdème, aujourd'hui complétement disparu, des deux membres supérieurs, un œdème de la face qui n'existe plus et de l'œdème aux malléoles qui persiste encore. Elle a consulté en ville le Dr G... qui a diagnostiqué une affection des reins (néphrite gravidique). Les urines ne sont pas très abondantes, mais claires ; l'acide nitrique y fait naître un flocon immédiatement dissous par un excès d'acide.

A l'auscultation de la poitrine, on constate quelques ronchus et sibilances disséminés dans les deux poumons ; quant au cœur, ses battements sont très accélérés ; il n'y a pas de bruit de souffle, mais la matité transversale est très augmentée ; *le cœur est dilaté.*

Il est cinq heures vingt-cinq quand on a fini d'examiner cette femme. Pendant qu'on interroge une autre entrante à quelques numéros plus loin, elle pousse un cri ; on accourt près de son lit ; elle s'est assise brusquement en laissant échapper une fusée diarrhéique, probablement saisie (car elle a la main sur la région précordiale) par une douleur au cœur des plus violentes ; on lui demande si c'est là qu'elle a mal *(haben sie da woeh ?)* elle répond affirmativement d'un signe de tête. Y a-t-il des douleurs d'irradiation ? Nous n'avons pas le temps de l'apprendre. Après s'être rejetée violemment tantôt en arrière, tantôt sur les côtés pour prendre la position horizontale et avoir poussé quelques cris très aigus témoignant de vives douleurs qu'accuse aussi l'expression furieuse de son regard (tout cela en moins de temps que je mets pour le penser), cette femme meurt malgré la saignée qu'on pratique au bras droit. L'ondulation cardiaque persiste encore quelques secondes, mais les pressions à la base du thorax, l'application du marteau de Mayor à la région du cœur ne sauraient faire renaître ses contractions. Au moment de la mort, il y a une contracture très marquée de la jambe droite qui est en flexion forcée.

Autopsie (le 17 juin à dix heures du matin). Lésions de la bronchite. Cœur très dilaté, mais le myocarde n'est pas graisseux quoiqu'un peu pâle. Pas de lésions des orifices. Aorte saine. Artères coronaires intactes. Reins très congestionnés, ne ressemblant pas aux gros reins blancs.

La dilatation du Cœur droit, de beaucoup la plus fréquente, peut être :

A. — D'origine viscérale ;

B. — Consécutive à des douleurs périphériques.

A. — D'origine viscérale

Nous avons précédemment, quand nous avons parlé de l'Angine de Poitrine dyspeptique, démontré que bien souvent elle s'accompagnait de la dilatation du cœur droit, et que cette dilatation en était pour ainsi dire la conséquence, pour peu que cette variété d'Angor ait eu quelque durée. Mais cette dilatation, cause prédisposante de l'Angor, n'est pas seulement produite par un état dyspeptique plus ou moins avancé, il est d'autres affections qui la déterminent et deviennent ainsi indirectement des causes d'Angor ; les maladies du foie, d'après Potain (1), Mahot (2), Rendu (3), Barié (4), J.-J. Picot (5),

(1) Potain. — Congrès de l'assoc. fr., Paris 1878.

(2) Mahot. — Des battements du foie. Th. doc., Paris 1869.

(3) Rendu. — De l'influence des maladies du cœur sur les maladies du foie et réciproquement. Paris 1881, couronné par l'Acad. de Méd. de Paris 1881.

(4) Barié. — Accidents cardio-pulm. consécutifs aux troubles gastro-hépathiques. *Rev. de Méd.* 1883.

(5) Picot. — Leçons de clinique médicale 1884

les maladies des reins, les kystes de l'ovaire, les maladies des ligaments larges, l'ictère catarrhal, la progression d'un gravier dans les voies biliaires, en un mot, nombre d'affections viscérales *ne désorganisant pas les tissus comme des inflammations chroniques diffuses* peuvent déterminer, dit M. Liégeois, la dilatation du cœur droit et, partant, l'*Angor Pectoris.*

Cette Angine de Poitrine est commune aux deux sexes et agit surtout chez ceux dont le système nerveux est très émotif (névropathes, hystériques, chlorotiques). Elle survient non pas consécutivement à des troubles de nutrition (Combal) (1), mais consécutivement, dit M. Liégeois, à la transmission aux centres nerveux de l'irritation des filets, aussi bien pneumo-gastriques (Potain) (2) que sympathiques (Teissier (3) abdominaux et à la réflexion qui s'opère sous la forme d'incitation vaso-motrice sur les vaisseaux pulmonaires, non par le pneumo-gastrique, mais par les filets sympathiques, les seuls vaso-moteurs du poumon (Brown-Séquard) (4), A. Vulpian (5) qui se détachent du premier ganglion thoracique (Brown-Séquard (6), Lichtein, (Badout) (7), F. Franck (8). La possibilité de l'apparition de l'*Angor* après des troubles nerveux survenus dans les trois départements du pneumo-gastrique avait été dès 1875, signalée par Habershon (9) admettant : 1° que les altérations des nerfs à son origine peuvent fournir des symptômes d'irritation dans n'importe quelle région amenée par lui ; 2° que l'irritation des branches périphériques peut produire des troubles dans une des régions innervées par le nerf ou dans le tronc nerveux lui-même ; 3° que les symptômes d'irritation nerveuse peuvent alterner dans les diverses régions

(1) Combal. — Congrès de Montpellier 1879.

(2) Potain. — Eod. loc.

(3) Teissier. — Eod. loc.

(4) Brown-Séquard. — Comptes-rendus *Soc. Biologie* 1870.

(5) A. Vulpian. — Leçons sur l'appareil vaso-moteur, Paris 1875, t. II, p. 382, 532.

(6) Brown-Séquard. — Proposition 7 du mémoire inséré in *archiv. of scientific and practical Medicine*, fév. 1873, loc. cit.

(7) Lichtein, Badout, in François Franck, Vaso-moteurs du poumon, *Soc. de Biologie*, 22 janvier 1881.

(8) F. Franck. — Fibres vaso-motrices du poumon, *Soc. de Biologie*, juin 1880, janvier 1881.

(9) Habershon. — Some clinical facts connected with the pathology of the pneumogastric newe. Guy's hospital reports, p. 127, 1875.

innervées par ce nerf. Enfin cette même opinion a été confirmée par un travail de M. Huchard (1) sur les Synergies morbides du pneumo-gastrique dont la conclusion est que l'Angine de Poitrine peut avoir, assez longtemps avant l'apparition des symptômes douloureux qui la caractérisent, *un début stomacal* (accès de gastralgie, flatulence, dyspepsie, etc.) ; *un début pulmonaire* (accès de dyspnée, etc.) et *un début cardiaque.*

La dilatation du cœur droit est révélée 1° par l'exagération de la matité transversale du cœur ; 2° par le renforcement du second bruit qui prend une intensité anormale et qui a son maximum au niveau du deuxième espace intercostal gauche, à la base du cœur, à gauche du sternum ; 3° par le dédoublement du bruit du deuxième temps ; 4° par un bruit de galop droit siégeant près du sternum et vers l'épigastre, avec déviation de la pointe en dehors sans abaissement ; 5° par un souffle systolique doux et aspiratif à la base du sternum, descendant le long de celui-ci jusqu'au quatrième espace intercostal environ (Constantin Paul) (2), (G. Vimont) (3).

B. — Dilatation du Cœur droit consécutive à des douleurs périphériques.

M. Potain, après avoir établi que l'Angine de Poitrine accompagnait souvent la dilatation du cœur droit d'origine viscérale, s'est efforcé (4) de démontrer que cette dilatation était souvent aussi consécutive à des douleurs périphériques, et trouvant dans plusieurs cas de névralgies traumatiques ou non du bras gauche, de névralgies intercostales ou des nerfs dorsaux, comme je l'ai précédemment signalés une dilatation du cœur droit en même temps que des accès d'Angine, il en a conclu que l'*Angor* était sous la dépendance de la dilatation du ventricule droit et n'a pas hésité à voir là des *Angors* gastro-myocardiques.

Nous admettons volontiers comme lui que des secousses névralgiques souvent répétées peuvent et doivent à la longue produire cette lésion du cœur droit, mais nous inclinons à penser que dans ces cas, cette lésion ne se produit pas dès le début de la névralgie,

(1) H. Huchard. — Synergies morbides du pneumo-gastrique, p. 23, 1879.

(2) C. Paul. — *Suprà cit.*

(3) Vimont. — Etude sur les souffles du rétrécissement et de l'insuffisance de l'artère pulmonaire. Th. doc., Paris 1882.

(4) Potain. — Congrès de l'Assoc. fr. Paris 1878.

qu'elle est souvent postérieure à l'*Angor* tandis qu'il faudrait prouver que la dilatation du cœur droit existait avant le premier accès d'*Angor*, ce qui est loin d'être démontré. En un mot, nous ne reconnaissons là qu'une névralgie cardiaque pure et simple sans lésions du cœur dans les premiers temps, succédant et (dans certains cas bien avérés) se substituant à la névralgie primitive. L'*Angor* se montre-t-il, l'ancienne douleur disparaît du siège qu'elle occupait primitivement ; l'accès angineux s'évanouit-il à son tour, la névralgie primitive accourt reprendre son lieu d'élection. Nous expliquons bien par les anastomoses des rameaux nerveux, les irradiations nerveuses envahissant au cours d'un accès d'*Angor*, le cou, l'épaule gauche, le bras, les doigts ; tout le monde admet que du foyer principal rayonnent des éclairs douloureux centrifuges sillonnant jusqu'au testicule. Eh bien pourquoi n'admettrions-nous pas aussi bien que de ces divers endroits et surtout des doigts, de la main, de l'épaule gauche, des fusées douloureuses centripètes puissent remonter jusqu'au foyer central, jusqu'au plexus cardiaque ? Pourquoi n'admettrions-nous pas l'existence d'une *aura anginosa* lointaine, se dirigeant vers le cœur, de même que l'*aura épileptica* s'élance plus ou moins rapide vers le bulbe ? Rappelons ici le cas de cet ouvrier cirier, dont le bras gauche incessamment tendu pendant de longues heures devient le siège d'une névralgie cervico-brachiale ; au bout de quelques jours des attaques d'*Angor* nécessitent son entrée à l'hôpital. Croit-on qu'il y avait chez lui au bout de si peu de jours une dilatation du cœur droit ? Et ce médecin de campagne qui a un accès d'Angine pour tenir constamment en rênes son cheval avec la main gauche ?... Il y a plus que de l'affinité, plus que de la sympathie entre les nerfs du cœur et ceux de l'épaule et du bras, il y a un réseau, des anastomoses connues qui permettent de comprendre le retentissement douloureux de ces nerfs excentriques sur le foyer cardiaque, et en vérité cette explication n'est-elle pas cent fois plus raisonnable, cette influence n'est-elle pas cent fois plus naturelle, plus scientifiquement démontrable qu'une lésion du cœur droit rarement primitive et toujours moins directe ?

M. Ch. Liégeois, partisan de la théorie de M. Potain, a cité (1) une observation personnelle à l'appui. Nous l'avons reproduite plus haut.

(1) Dr Liégeois. — Mém. cité, p. 174.

Il s'agit d'une femme fatiguée depuis longtemps par une névralgie cervico-brachiale gauche, chez qui il trouva une dilatation du cœur droit et qui a eu deux accès d'Angine de Poitrine ; il en conclut que l'*Angor* a été déterminé par la lésion du cœur. Nous admettons volontiers qu'elle a pu y contribuer, mais on nous accordera bien en retour que la névralgie locale très accentuée a dû retentir puissamment sur un plexus aussi voisin, aussi ami, aussi intime ; partout en nous le système nerveux vibre à l'unisson, toujours il entre en oscillation dans de grandes circonstances, et cette vibration, quand elle est puissante, peut bien se diriger de dedans en dehors ou de dehors en dedans, résonnant sur un long parcours et, mise en action dans le bras, aller réveiller un écho douloureux jusque dans le cœur !

D'après les remarques faites par tous nos maîtres, les *lésions mitrales* ne provoquent pas l'apparition de l'Angine de Poitrine, et cela est fort heureux, car elles sont de beaucoup les plus fréquentes des altérations du cœur. M. Bucquoy (1), M. G. Sée (2), dans leurs leçons sur les maladies du cœur, insistent sur cette rareté relative ; M. Bucquoy a même dit qu'il y avait « absence de l'*Angor* chez les mitraux. » M. Huchard (communication orale, 19 novembre 1886) m'a dit avoir observé de l'*Angor* chez les mitraux, mais ce n'était qu'une coïncidence ne détruisant pas la règle, car dans ces cas il y avait certainement chez ces sujets de l'aortite, cause primordiale des accès. Malheureusement l'aortite est une de ces maladies insidieuses et latentes qui sont loin de révéler toujours leur présence, et de nombreux malades en sont atteints et en meurent sans qu'on ait jamais perçu chez eux le moindre bruit de souffle !

Il en est de même pour l'*Endocardite* qui ne s'accompagne *jamais*, dit-on, d'Angine de Poitrine, parce que d'après M. Péter (3) « le tissu épithélial endocardique est une membrane essentiellement parasitaire, » étrangère aux tissus cardiaques proprement dits et dépourvue absolument de nerfs, c'est-à-dire de l'élément nécessaire à la perception de la douleur (Ranvier et Cornil) (4) ? Mais quand il y a endo-

(1) Bucquoy. — Leçons cliniques sur les maladies du cœur. Paris 1869-70.

(2) G. Sée. — Loc. cit., p. 243.

(3) Péter. — Leçons de clin. méd., t. I, p. 643.

(4) Ranvier et Cornil. — Contributions à l'histologie normale et pathologique de la tunique interne des artères et de l'endocarde. *Arch. de physiol. norm. et path.*, juillet, août 1868.

cardite, l'inflammation ne se limite pas à l'endocarde seulement, elle fuse au loin, se propage, envahit les tissus voisins, organise des adhérences ; peut-être là encore est-il bon de se montrer plus réservé.

Quant à l'hypertrophie générale ou partielle du cœur droit, on la rencontre souvent chez les angoreux. M. Lartigue a trouvé l'hypertrophie indiquée huit fois dans trente-trois autopsies ; M. Roussy l'a également notée dans huit observations, mais est-elle cause ou simplement effet de cette maladie ? Cela est difficile à décider pratiquement, car elle s'accompagne toujours d'autres lésions.

Chez nombre de sujets forts et vigoureux dont le système vasculaire est très développé et la circulation très active, on comprend que le cœur doit être le siège d'une pléthore locale et que l'amplitude exagérée de ses mouvements peut grossir son volume tout d'abord, et à la longue produire en lui de la fatigue et de la lassitude ; sa tension musculaire est plus considérable, bientôt l'action directrice des nerfs qui en coordonnent le rhytme s'épuise, s'affaiblit et devient impuissante. Mais l'absence de pondération entre ces deux pouvoirs dont l'union est essentielle pour la régularité de la circulation peut-elle déterminer des troubles nerveux allant jusqu'à des accès d'*Angor ?* Cela est possible théoriquement. La naissance des accès peut encore être justifiée par la distension à laquelle sont sujets les filets nerveux sillonnant la surface du cœur. Vienne une cause active et soudaine augmentant brusquement quoique passagèrement le volume de l'organe, que ses efforts deviennent tumultueux dans une ascension rapide, un effort considérable ou une émotion vive, la dystolie survient et l'accès peut éclater spontanément.

C. — Myocardite scléreuse
OU CIRRHOSE CARDIAQUE

La myocardite scléreuse entrevue par Corvisart (1), dénommée ainsi par Sobernheim (2), étudiée ensuite par Hamernick (3), Beau (4), Stokes, Virchow, Stein, Lancereaux (5), Péter (6), Debove et Letulle,

(1) Corvisart. — *Journal de Médecine*, 1er janvier 1846.
(2) Sobernheim. — (Prakt. Diag. der inner Kraukh. Berlin 1837).
(3) Hamernick. — (Medic. Zarberich, Wien 1843).
(4) Beau. — *Arch. gén. de Méd.* 1853.
(5) Lancereaux. — Traité de la syphilis 866.
(6) Péter. — Maladies du cœur, p. 240.

et enfin par MM. Rigal et Juhel-Rénoy (1) a été, depuis les travaux de ces derniers auteurs seulement, rangée au nombre des causes organiques de l'*Angor Pectoris*. Enfin M. H. Huchard a présenté dernièrement au Congrès de Grenoble un travail où, sous le nom de *cardiopathies artérielles*, il étudie et compare non-seulement la myocardite scléreuse mais toutes les autres affections du cœur dépendant de l'artério-sclérose en général et principalement de l'artério-sclérose du cœur. D'après lui, si dans la myocardite scléreuse on observe l'Angine de Poitrine, c'est parce que cette dernière maladie (comme du reste la néphrite interstitielle) procède presque toutoujours, quatre-vingt-dix-huit fois sur cent, d'une lésion artérielle. Or, d'après le même auteur, cette lésion artérielle n'est autre que la sclérose des coronaires qui suffit, compliquée ou non de myocardite scléreuse, à déterminer l'*Angor*.

Et si dans toutes les myocardites on n'observe pas le syndrôme angineux, c'est parce que la lésion artérielle ne s'est pas étendue jusqu'aux artères coronaires et ne les a pas envahies (2).

Rappelons brièvement que dans cette affection le cœur est en général hypertrophié, surtout à gauche, plus pesant par conséquent, d'une couleur généralement grisâtre, d'une consistance plus grande qu'à l'état ordinaire et allant quelquefois jusqu'à la lignosité. Tantôt la cirrhose cardiaque n'existe qu'en quelques points ou îlots ou foyers, tantôt elle est généralisée.

La sclérose du cœur provient, soit de l'artérite, de la lésion scléreuse, athéromateuse ou calcaire des artères coronaires, soit d'une lésion de l'endocarde ou du péricarde (Péter, loc. cit., p. 240), elle est rarement isolée et se rattache le plus souvent à une néphrite interstitielle ou à une cirrhose cardiaque. C'est bien rarement qu'elle s'accompagne d'une dégénérescence graisseuse, MM. Juhel-Rénoy et Debove disent « *jamais.* »

Cette abtération est si difficile à reconnaître à son début que le professeur Jaccoud a écrit que « la myocardite est une de ces affections qu'on présume quelquefois, mais qu'on ne doit jamais affirmer. »

---

(1) Rigal et Juhel-Rénoy. — *Arch. gén. de Méd.*, août et septembre 1881 et Dr Juhel-Rénoy, sclérose du myocarde. O. Doin 1882.

(2) Je dois cette communication orale ainsi que d'autres qui précèdent et suivent à l'extrême obligeance de M. Huchard qui a bien voulu me communiquer une partie de son volume « Leçons de clinique et de thérapeuthique médicale faites à l'hôpital Bichat, 1866 » et qui paraitront en 1887.

Cependant M. Juhel-Rénoy (1) dit que la première période, quoique fort insidieuse, se traduit par un certain nombre de troubles fonctionnels, parmi lesquels il range les palpitations, le retour par accès reparaissant sous l'influence du plus petit effort physique ou de la moindre émotion, accompagnés bientôt de dyspnée cardiaque allant le plus souvent en progressant ; elle est révélée enfin par des troubles de la sensibilité cardiaque, c'est-à-dire de ses *muscles* et de ses *ganglions* (Péter).

Cet auteur indique avec le plus grand soin le procédé à employer pour la découvrir (pression avec l'index des espaces intercostaux de toute la région précordiale et préaortique) ; si cette pression est sans résultat, c'est que le cœur est sain ; si elle révèle des points ou *boutons* douloureux, on est en droit de soupçonner une myocardite, excepté chez les femmes où cette exploration suscite des douleurs, même en bonne santé. Chez les myocardiaques, cette douleur est surtout vive au cinquième espace intercostal.

Mais ces troubles de la sensibilité n'ont pas toujours besoin de la pression du doigt pour se montrer, souvent le malade ressent spontanément au niveau de la région précordiale une étreinte, une pression ; (Dr Juhel-Leroy) « quelquefois c'est un poids douloureux, une sorte de crampe, une brûlure. A un degré plus élevé, les malades comparent leur souffrance à celle que déterminerait une griffe, un étau, une main de fer qui étreindrait leur cœur et l'empêcherait de battre ; il y a là un ensemble symptomatique que le malade traduit différemment suivant la richesse de son vocabulaire. » En un mot, assez souvent dans le sixième des cas observés jusqu'à présent, l'Angine de Poitrine est un des signes révélateurs de la myocardite scléreuse.

On doit d'autant moins s'en étonner que nous retrouvons parmi les causes les plus communes de cette affection celles que nous avons reconnues comme les plus puissantes causes d'*Angor*, par exemple un âge avancé, l'alcoolisme, le tabagisme, la goutte et le diabète, la syphilis et l'athéromasie, en sorte qu'on peut reconnaître pour la myocardite comme nous l'avons fait pour l'*Angor*, des causes diathésiques (rhumatisme, diabète, goutte), toxiques (plomb, tabac, alcool, albuminurie), organiques (athérome, artérite, aortites,

(1) Dr Juhel-Rénoy. — Ouvrage cité, p. 36.

anévrysmes du cœur), lésions d'organes (néphrites interstitielles, péricardites, sclérose généralisée).

En vérité, d'après ces coïncidences si frappantes, comment s'étonner que la myocardite accompagne assez souvent l'*Angor Pectoris ?*

Voici du reste quelques observations démontrant les relations intimes de ces deux affections :

OBSERVATION CCXIV
(RÉSUMÉE)
(Dr RIGAL et Dr JUHEL-RÉNOY. — Ouvrage cité. p. 89)

Myocardite chronique chez une tabagique ; accidents aigus, marche rapide. — Mort. Hémorrhagie du myocarde.

La nommée Pauline R..., âgée de 37 ans, entrée le 1er mars 1881, salle Sainte-Eulalie (lit n° 24), ne présente comme antécédents de famille que la goutte (sa mère ayant succombé à cette affection).

Personnellement, elle a eu une attaque de rhumatisme en 1870. A partir de cette époque, la santé générale fut moins bonne, il y avait essoufflement, anhélation, dès qu'elle faisait une marche rapide. Depuis lors, à deux reprises, elle a eu une paralysie de la langue qui aurait duré cinq minutes chaque fois, laissant ensuite la langue indemne de tout trouble fonctionnel. Il y a six mois, l'état de fatigue, de malaise de la malade s'est aggravé. A cette époque sont apparus des nausées, des vomissements. Conjointement à ses symptômes, elle ressentait des palpitations violentes avec douleur à la région cardiaque ; enfin, il y a deux mois, la malade fut prise d'accès d'étouffements subits. Elle éprouvait à ce moment des douleurs qui partaient du cœur, montaient vers l'épaule et s'irradiaient dans le bras gauche ; ces sensations douloureuses s'accompagnaient d'un sentiment d'angoisse extrême, il est donc probable qu'elle éprouvait des accidents d'Angine de Poitrine.

Le médecin qui donna des soins à la malade à cette époque a bien voulu nous fournir quelques renseignements que nous transcrivons ici.

Il trouva la malade dans une chambre fréquentée par de nombreux fumeurs et se livrant elle-même à ce plaisir. Elle ne fumait pas moins de vingt cigarettes par jour. Cette femme, qui menait une vie désordonnée, nie toute habitude alcoolique, mais étant donnée sa manière de vivre, l'habitude qu'elle avait contractée du tabac, il est presque légitime de ne pas prendre en considération ses dénégations. A ce moment, la malade ressentait plusieurs fois par jour des phénomènes d'oppression, pendant l'intervalle desquels la santé était parfaite.

A l'auscultation, rien d'anormal. On ordonna du bromure de potassium, mais sans effet réel. Depuis huit jours, la malade n'avait pas eu d'accès, quand, en rentrant chez elle, après avoir pris un bain, elle ressentit tout à coup un accès de suffocation épouvantable avec pâleur de la face et syncope. Deux heures après, le médecin qui vit la malade la trouva la figure pâle, le pouls imperceptible, en proie à une orthopnée considérable. Le cœur semblait battre normalement et régulièrement, mais ses battements étaient sourds et petits : 90. Le poumon gauche, dans sa moitié postéro-inférieure, est le siège d'une congestion

intense ; quatre heures après, une nouvelle auscultation fit reconnaître que la congestion tenait tout le poumon droit.

L'asphyxie était presque imminente, la face cyanosée ; l'état général si grave qu'on porta la malade à l'hôpital.

Le 2 mars. *Etat actuel.* — La malade reproduit le tableau exact de l'asystolie à la période ultime. Assise sur son lit, elle fait des respirations courtes répétées, la figure pâle, marbrée de plaques cyaniques, elle ne peut parler tant la gêne respiratoire est considérable. Il y a une légère infiltration œdémateuse des tissus, pas assez considérable cependant pour garder l'impression du doigt.

Cœur. — Les bruits du cœur sont sourds, sans autre modification. Malgré les recherches les plus attentives, on ne peut préciser le lieu où bat la pointe du cœur, d'ailleurs il existe une *douleur très vive*, augmentant par la pression, empêchant toute percussion.

Appareil pulmonaire. — Dans la moitié inférieure des deux poumons, râles fins et rares.

On pense à une Angine de Poitrine, compliquée de congestion pulmonaire d'origine nerveuse, par paralysie des vaso-moteurs.

Prescription. — Ventouses sèches en grand nombre. Piqûre de morphine.

Le 3. — Après l'injection morphinée il y a eu un peu de repos, et comme l'oppression se renouvelait, on a fait une seconde piqûre.

Le facies est un peu meilleur ce matin ; la malade répond faiblement aux questions posées.

Rien de nouveau au cœur. Le pouls se sent à gauche et non à droite ; il est perceptible dans la crurale droite, très manifeste dans l'humérale du même côté.

Dyspnée intense, voix rauque, entrecoupée ; même prescription qu'hier, si ce n'est qu'on ajoute une injection éthérée conditionnelle.

Le 4. — Une injection d'éther pratiquée hier à midi a sensiblement remonté la malade ; dans l'après-midi, injection de morphine qui amène un peu de sédation.

Ce matin, amélioration sensible ; le visage est encore un peu altéré, cyanosé, mais les traits sont plus calmes, l'œil moins anxieux, l'angoisse respiratoire quoique très notable encore est supportable.

Le *pouls* est perceptible aux deux radiales ; il est faible, régulier, donne 100 à 104 pulsations.

Auscultation cardiaque. — Pour la première fois, on peut ce matin pratiquer avec soin cette auscultation. Le fait dominant est l'affaiblissement du premier bruit.

Le bruit sigmoïdien est bien frappé et très net à la base et dans le lieu d'élection.

Le choc précordial est imperceptible et on ne peut déterminer l'endroit où bat la pointe, la pression la plus modérée déterminant une augmentation de la douleur.

Auscultation pulmonaire. — Respiration pure en arrière dans le tiers supérieur, un peu soufflante dans le tiers moyen ; obscure et mêlée de râles sous-crépitants peu nombreux.

Le *foie* paraît être légèrement congestionné et dépasse de 0m03 le rebord costal.

Les membres ne présentent pas d'œdème appréciable.

En présence de cet ensemble clinique, M. Rigal pose le *diagnostic* de *myocardite scléreuse*, en faisant quelques réserves au sujet des accidents aigus survenus ces jours derniers.

Le 5. — L'amélioration continue sous l'influence de la morphine. La malade a dormi, la figure est assez calme, mais la dyspnée persiste toujours considérable ; la malade ne peut rester qu'assise, et le moindre mouvement exaspère son angoisse. Les membres inférieurs sont un peu plus œdématiés, et le doigt laisse son empreinte.

Les bruits cardiaques sont un peu plus forts et aucun bruit anormal n'est perçu. Les battements sont toujours très réguliers mais imperceptibles à la main. Au niveau du tiers supérieur des poumons, la respiration est rude comme si la congestion se diffusait par en haut.

M. Rigal pose définitivement le diagnostic de myocardite scléreuse, et insiste sur le pronostic fâcheux à courte échéance.

Le 6. — L'œdème augmente, il remonte jusqu'aux genoux ; cependant la malade se dit moins oppressée. la face est moins cyanosée ; il existe ce matin une teinte subictérique assez accusée. Pouls lent, régulier, perceptible des deux côtés. Les battements cardiaques sont appréciables, mais toujours même impossibilité de localiser la pointe.

Le 7. — La dyspnée n'augmente pas : 38 respirations courtes ; on ne perçoit nettement le pouls qu'à droite ; il y a ce matin quelques irrégularités, rares d'ailleurs : 96. L'œdème des jambes augmente encore, faible tension des jugulaires.

Les bruits du cœur sont plus forts. Absence absolue de souffle. Le premier temps se prolonge du côté de l'épigastre, la pointe du cœur paraît battre dans le cinquième espace, sur la ligne mamelonnaire.

Le foie est toujours gros. Depuis hier, diarrhée abondante (9 à 10 selles). Même auscultation pulmonaire que le 5.

Traitement : Pot. { Diascordium / Bismuth } āā 4 grammes.

Injection de morphine.

Le 8. — La malade, fort inquiète de son état, est en proie à une dyspnée considérable. L'œdème augmente malgré la persistance de la diarrhée.

Dans les poumons, ronflements et râles muqueux en arrière ; quelques râles trachéaux en avant.

Injection d'éther et de morphine.

Le 9. — Aucun résultat n'a été produit par l'injection éthérée ; l'inquiétude de la malade ne fit qu'augmenter, et on arriva à une période d'excitation rapidement croissante. Elle devint loquace, parlant aux voisines, puis bientôt marmottant entre ses lèvres comme si elle se causait à elle-même ; vers deux heures de l'après-midi elle sembla s'assoupir. Au bout de quelques instants elle fut prise de respiration stertoreuse, la face se cyanosa, et, à six heures du soir, elle rendait le dernier soupir.

Autopsie. — Pas de trace de péricardite ; cœur mou, hypertrophié, surtout à

gauche, pesant, débarrassé de beaucoup de caillots, 325 grammes ; aorte dilatée, athéromateuse. Poumons congestionnés ; reins cardiaques, d'une violence ordinaire ; rate petite et dure ; foie muscade, volumineux.

Examen histologique. — *Coupe du pilier gauche du ventricule gauche.*— L'endocarde ne présente pas d'épaississement manifeste. A un dixième de millimètre environ au-dessous de la couche musculaire immédiatement sous-jacente, on voit que le myocarde a disparu. Il est converti en une sorte de tissu alvéolaire, ressemblant à la coupe d'un poumon de grenouille. En trois endroits différents apparaissent des *hémorrhagies*. L'une d'elles est si volumineuse qu'on l'a voit à l'œil nu. A un faible grossissement on peut s'assurer qu'elle résulte de la rupture d'une petite artériole dont le contenu a dissocié l'élément musculaire. Au centre du pilier existe une grande quantité de tissu conjonctif coloré en rose ; à ce niveau, toutes traces de muscle font défaut.

Artères. — Presque toutes sont malades d'endartérite oblitérante ou contiennent un bourgeon obturant en partie la lumière du vaisseau.

Reins. — Hypérémie de la région corticale. Épaississement notable du glomérule : atrophie partielle et dégénérescence fibreuse complète de ces glomérules.

OBSERVATION CCXV

(Dr Juhel-Leroy. — Ouvrage cité, p. 111)

Myocardite scléreuse. — Angine de Poitrine. — Mort

Lem..., (Mélanie), soixante-dix ans, couturière, entrée le 10 février 1881, salle Sainte-Marie, service du Dr Proust.

Aucune maladie avant le mois de janvier de la présente année. A ce moment, elle fut prise brusquement, dans la rue, d'étouffements et de dyspnée ; conjointement à ces symptômes, elle ressentit au niveau de la région précordiale, une douleur vive qui s'irradiait dans le bras gauche jusqu'à l'articulation du coude, puis palpitations, angoisse très grande, pâleur de la face, état syncopal d'une durée de vingt à trente minutes.

Au sortir de cette crise, sensation de brisement, de courbature, surtout dans l'épaule gauche et le bras correspondant. La veille et l'avant-veille de son entrée à l'hôpital, elle a eu deux accès d'Angine de Poitrine.

Etat actuel. — Dyspnée considérable, lèvres violacées, refroidissement périphérique. Dans les deux tiers des poumons, de chaque côté, râles sous-crépitants nombreux.

Choc du cœur assez violent, régulier, mais sourd, lointain.

Pas de bruits anormaux. — De temps à autre on entend peut-être un dédoublement du premier bruit.

Pouls, petit, égal des deux côtés. Battement dans les carotides.

Percussion montrant une matité cardiaque très étendue. Pointe difficile à déterminer, sentie vers la ligne axillaire et battant dans le sixième espace intercostal.

Mais cela ne laisse pas que d'être difficile, la matité cardiaque étant en partie masquée par une lame pulmonaire. Aucun signe d'anévrysme, ni tumeur, ni foyer d'expansion. A la base, au foyer aortique, bruits éclatants, pas de souffle non plus que sur tout le trajet de la crosse.

Foie. — Déborde les fausses côtes d'environ deux travers de doigt. Douleur à la percussion et à la palpation au niveau de cette région.

Urines. — Rares. Léger nuage albumineux. Un peu de gonflement des malléoles.

La malade reste juste un mois dans le même état, avec des crises d'Angine de Poitrine assez fréquentes et meurt le 10 mars, à la suite d'une crise plus violente.

Autopsie. — Femme obèse. Cœur très volumineux ; poids : 740 grammes. Hypertrophie générale, mais très manifeste sur le ventricule gauche ; aussi le ventricule droit semble-t-il un petit appendice. Surcharge graisseuse à la base. Valvules saines à droite. A gauche, quelques petites plaques blanches athéromateuses sur la valvule mitrale et à l'insertion des sigmoïdes.

Aorte. — Parois minces, résistantes, plaques d'athérome confluentes, mais peu élevées ; aussi le vaisseau présente-il une rigidité considérable.

Artères rénales dures, rigides, quelques plaques athéromateuses.

Rein gauche très atrophié, capsule adhérente. surface non bossuée. Coupé, dureté et résistance considérables. La substance corticale a presque entièrement disparu ; une grande partie est réduite à l'état de mince couche qui atteint à peine un centimètre d'épaisseur entre la base des pyramides et la capsule du rein. Petits points brillants et saillants dans la substance corticale.

Rein droit. — Plus volumineux ; même aspect, présente un gros kyste (œuf de poule) plein de cholestérine en paillettes à une de ses extrémités.

Foie muscade, volumineux.

Rate. — Grosse, molle, très friable.

Poumons. — Congestion énorme des bases.

Examen histologique. — *Cœur.* — La sclérose est à son dernier degré ; les piliers cardiaques n'ont du muscle que l'apparence. Une coupe pratiquée à leur partie moyenne montre une cirrhose complète et sur laquelle il est impossible de suivre le début de la lésion.

Foie. — Dilatation de la veine centrale du lobule, et déformation des cellules adjacentes ; quelques bandes roses de tissu conjonctif.

Rein. — Atrophie considérable de la substance corticale. Dilatation énorme des tubuli. Péri-artérite intense. Lésions du tissu conjonctif, déjà fort avancées. Néphrite interstitielle évidente.

Voici une dernière observation que nous avons recueillie tout dernièrement dans le service de M. Huchard, à l'hôpital Bichat, et qu'il m'a autorisé à publier.

OBSERVATION CCXVI

Douleurs angineuses aux régions épigastrique et hépatique. — Dyspnée. — Aortite et myocardite scléreuse soupçonnée. — Mort subite. — Oblitération complète de l'artère coronaire gauche. — Dilatation des cavités du cœur.

Une femme de trente-sept à trente-huit ans, sur les confins de la ménopause, entre à l'hôpital Bichat, en septembre 1886, dans le service de M. H. Huchard, remplacé par le Dr Juhel-Rénoy, pendant les vacances.

M. Juhel-Rénoy soupçonne chez elle de l'aortite et une myocardite scléreuse, mais sans en être absolument certain. Quand M. Huchard revient, il est frappé

de la violence des douleurs accusées par cette femme et de leur siège particulier à l'épigastre et au foie. S'appuyant sur les observations de Learer et de Broadbent, il rapporte ces douleurs à un *Angor* d'origine organique, reconnait une dilatation complète des cavités du cœur et soumet la malade à l'iodure de potassium qui lui procure quelque repos.

Cependant dans les premiers jours de novembre, elle se plaint d'un sentiment de pesanteur et de brûlure derrière la partie supérieure du sternum, dit dans la nuit *qu'elle étouffe* et meurt foudroyée de la manière la plus subite.

A l'autopsie, que je relate en quelques mots, on trouve une dilatation totale du cœur, légèrement chargé de graisse et sclérosé, l'artère coronaire droite a son calibre très rétréci, mais il est impossible de découvrir l'embouchure de la coronaire gauche ; on l'entame alors par une incision dans son trajet extérieur, on l'ouvre sur une sonde cannelée et on la suit jusqu'à son orifice interne qui ne présente pas un pertuis plus apparent qu'un point lacrymal ; cet orifice, qu'on ne découvre que lorsque le doigt placé à l'extérieur de l'aorte fait faire saillie à sa surface intérieure, offre de plus cette particularité tout à fait remarquable qu'il est en son entier recouvert par une lamelle ou valvule née de la surface interne de l'aorte, d'un centimètre de longueur et masquant complétement le pertuis coronaire comme l'opercule d'un coquillage masque son ouverture. Toute la surface interne de l'aorte offre les dégénérescences particulières à l'aortite la plus accentuée. Le foie est très volumineux. Voilà, au résumé, les troubles que révèle l'examen microscopique et dont j'ai pu m'assurer moi-même dans le laboratoire de M. Huchard, à Bichat, le 15 novembre 1886. Reste l'examen microscopique dont on va s'occuper.

Cette observation présente ceci de remarquable, que la malade touche à la ménopause, condition favorable à l'artério-sclérose, qu'elle se plaignait de douleurs vives au foie et à l'épigastre, douleurs qu'on n'avait guère observées jusqu'à présent que dans les *Angors* névrosiques, que l'angoisse n'a pas accompagné la scène morbide, et qu'enfin la mort a été foudroyante.

Mais cette dernière circonstance n'a rien qui nous doive étonner; une fin subite, ou pour mieux dire, le foudroiement du sujet est une des terminaisons de l'*Angor;* dans cette circonstance particulière il s'explique par l'arrêt complet du sang dans le cœur gauche, favorisé par la ténuité de l'artère, par le coude brusque et à angle droit qu'elle fait en allant de l'aorte vers le ventricule, ce qui rendait difficile le cours du sang dans l'intérieur du vaisseau, et enfin par cet opercule retombant de lui-même sur ce pertuis interne comme une sorte de tablier contribuant à le boucher complétement. Quand est venu le moment où cette interruption a été complète, l'ischémie cardiaque est devenue totale également, la syncope et aussitôt une mort foudroyante en ont été le résultat. L'examen microscopique a révélé l'existence d'une myocardite scléreuse.

D. — Ruptures du Cœur

Dans un petit nombre de cas, lorsque la rupture du cœur se fait pour ainsi dire en plusieurs temps, elle s'accompagne d'accès d'*Angor*, ainsi que le témoignent les observations suivantes :

OBSERVATIOM CCXVII

(RÉSUMÉE)

(Par M. DAUNER, interne des hôpitaux)

Angine de Poitrine. — Rupture du cœur ; ramollissement gélatiniforme de cet organe.

Ant. Montois, artiste dramatique, soixante-dix-neuf ans, entre à l'infirmerie des Incurables le 9 avril 1856. Encore robuste, sanguin, il a eu à vingt-sept ans, un rhumatisme articulaire aigu, suivi de troubles cardiaques, et depuis, de la dyspnée, de l'étouffement et enfin de l'asthme ; pas de souffle, pas de lésions organiques au cœur, ni d'œdème aux jambes. Dans la nuit du 8 au 9, il est pris d'une douleur vive lancinante, occupant la partie inférieure et latérale gauche du sternum, s'irradiant vers le cou et se propageant dans toute l'étendue du bras gauche. En même temps, dyspnée extrême, imminence de suffocation. Toux quinteuse, fréquente, expectoration de crachats muqueux ; râles muqueux et sibilants à la base des deux poumons en arrière ; battements du cœur sourds et irréguliers, bruits normaux. Ipéca, 15 décigrammes. Le lendemain, 10 avril, le malade est mieux, la nuit a été bonne, douleurs disparues, appétit ; rien de particulier à l'auscultation de la poitrine et du cœur.

M... se lève, se trouvant complètement rétabli, il mange, veut se coucher à cinq heures du soir, mais en montant sur son lit il pâlit, s'affaisse et meurt sans pousser un cri.

Autopsie. — Cerveau sain ; sinus cérébraux vides. Poumons emphysémateux, congestionnés en arrière et à la base.

Péricarde sans adhérences anciennes avec le cœur contenant plus de deux litres de sang noir à demi coagulé. Cœur volumineux, entouré d'une assez grande quantité de tissus graisseux ; tissu mou, flasque, grisâtre. La partie antérieure du ventricule gauche offre une légère saillie obstruée par un caillot noirâtre qui, détaché sous un filet d'eau, laisse voir une déchirure verticale des parois du cœur ayant en long un centimètre et demi, et un millimètre de large. Les bords en sont minces, réguliers en haut, mais en bas, anfractueux et irréguliers.

Le ventricule gauche présente à l'intérieur des grumeaux de sang noir adhérents, logés entre les colonnes charnues de l'organe, masquant la déchirure intérieure beaucoup plus étendue que l'extérieure ; tout autour et dans une étendue de plusieurs centimètres, les fibres musculaires sont ramollies, converties en une masse gélatineuse se déchirant avec facilité ; les parois du ventricule gauche sont très amincies et l'endocardé complétement détruit dans toute l'étendue de la lésion.

Pas d'altérations aux orifices.

Ici probablement, une lésion chronique de l'endocarde a occasionné cette altération progressive des fibres musculaires devenues gélatiniformes ; le genre de profession du sujet, artiste dramatique, a dû y contribuer aussi par les pas-

sions qu'il simulait et les battements de cœur que les jeux de scène occasionnaient. La déchirure plus large à l'intérieur prouve que la rupture a dû se faire en dedans d'abord et en deux fois probablement ; un premier épanchement peu abondant se sera fait la veille dans le péricarde, ce qui a donné lieu à l'accès d'Angine de Poitrine, et un second plus considérable quand le malade a monté sur son lit, ce qui aura déterminé la mort.

Nous trouvons dans la même thèse une autre observation où la rupture du cœur s'accompagne, ou pour mieux dire, est immédiatement précédée d'une Angine de Poitrine.

OBSERVATION CCXVIII

Fissure du cœur. — Angine de Poitrine. — Rupture de l'organe. — Mort

Bardel, soixante-deux ans, aux Incurables, obèse, se plaignait chaque nuit de dyspnée peu intense, quand le 15 août, à six heures du matin, il est pris d'anxiété précordiale, de douleurs vives dans la poitrine ; face pâle, sueurs, lèvres violettes, dyspnée, mais respiration calme ; pouls petit, non fréquent, bruits cardiaques sourds, râles sous-crépitants dans la fosse sous-épineuse ; sinapismes, ventouses sèches. A six heures du soir, même état, le symptôme le plus pénible est *une douleur qui se fait sentir très vivement dans la partie supérieure du thorax, s'irradiant vers les épaules et les parties latérales du cou.*

A sept heures du soir, le malade monte seul à l'infirmerie, mais à peine est-il couché que l'anxiété est extrême, la face bleuit, devient noire, il suffoque et meurt.

Autopsie. — Polysarcie énorme et générale : poumons très congestionnés : péricarde distendu rempli par un caillot de 350 grammes moulé sur sa cavité ; cœur couvert de graisse ; sur la face antérieure du ventricule gauche, fissure dirigée obliquement de haut en bas et de gauche à droite; à bords réguliers, d'une longueur de un centimètre et demi, obturée par un caillot ; en dedans deux taches noirâtres qui, incisées, laissent voir deux petits foyers creusés obliquement dans l'épaisseur de la paroi cardiaque et remplis de sang coagulé ; tissu musculaire du cœur ramolli, friable, pâle et jaunâtre ; beaucoup de graisse interstitielle.

D'après M. Lepiez (1), le sang a d'abord pénétré dans l'épaisseur du muscle cardiaque, ce qui a déterminé l'asphyxie et l'accès d'*Angor*, et c'est au dernier moment que le foyer s'est ouvert dans le péricarde et a provoqué la mort. « Peut-être d'importants filets cardiaques étaient-ils aussi comprimés ; on se rendrait compte ainsi et de la gêne des fonctions cardiaques et de ces douleurs si pénibles, rappelant par leur violence, leur siège, leurs irradiations vers les épaules, les douleurs de l'Angine de Poitrine.

M. Albert Robin, dans une communication faite à la *Société médicale des hôpitaux*, 11 décembre 1885 (2), cite aussi trois observa-

(1) Lepiez. Rupture du cœur. Thèse de Paris 1873, p. 24.

(2) Albert Robin. — *Clinique Médicale et Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 18 déc. 1885.

tions où la rupture du cœur s'accompagne de symptômes angineux. Dans plus de la moitié des cas on observerait, d'après lui, un accès douloureux offrant une grande analogie avec un accès d'Angine de Poitrine : douleur subite précordiale ou sous-claviculaire, variant de la simple pesanteur à la sensation la plus déchirante, s'irradiant dans l'épaule et le bras gauche engourdis; bientôt se surajoutent les symptômes accessoires : dyspnée, oppression, suffocation, angoisse, sensation de rupture cardiaque.

Parfois l'accès initial se réduit à un engourdissement du bras gauche et même du bras droit. Voici, du reste, le résumé des trois observations du Dr A. Robin :

OBSERVATION CCXIX

Une de ses malades est réveillée subitement la nuit par une vive douleur semblant perforer la poitrine, au-dessous de la clavicule gauche, s'irradiant dans l'épaule et exaspérée par les mouvements de l'épaule et du bras. Quand la douleur se calmait, la malade avait des engourdissements dans les bras et les jambes. Sensibilité extrême de la région précordiale, accès douloureux plus ou moins forts pendant trois jours ; le matin à la visite elle s'écrie : « Voilà ma douleur qui me reprend » et elle est foudroyée.

La deuxième malade eut aussi une douleur violente dans le côté gauche et l'épaule ; cette douleur était continue, mais avec des exacerbations de temps en temps.

Le troisième sujet, après s'être plaint depuis quelques jours d'une douleur dans la région sous-claviculaire gauche et d'oppression, était à manger; il se lève pour prendre du pain, ressent une douleur vive et de l'engourdissement au bras gauche ; la douleur diminue, mais l'engourdissement persiste, il dort bien, se lève, veut prendre une chaise et tombe mort.

Ces ruptures du cœur surviennent d'ordinaire chez des individus avancés en âge et atteints de myocardite sclérouse ; généralement elles se produisent sous l'influence d'un effort augmentant le travail du cœur ou la tension du sang dans ses cavités ; mais cela n'est pas toujours exact, car dans quelques-uns des cas cités ci-dessus, le malade n'a fait aucun effort, aucun mouvement. C'est que dans ces cas, le travail désorganisateur s'était fait lentement ; le myocarde miné sourdement était prêt à céder, sa résistance était affaiblie et il s'est déchiré sous une tension très ordinaire. Aussi, dans bien des cas, la rupture du cœur est-elle soudaine et foudroyante si la déchirure a une certaine étendue et s'il y a désintégration, sclérose, atrophie et dissociation du ciment cellulaire des fibres musculaires cardiaques comme l'ont si bien établi MM. J. Re-

naut et Landouzy (1). Dans ces cas, point d'accès angoreux précédant la mort, tandis qu'ils se produisent lorsque la rupture se fait en plusieurs temps et est d'une très minime étendue.

Suite des Causes prédisposantes organiques de l'Angine de Poitrine

6° Tumeurs des organes voisins du Cœur

Des tumeurs de diverses natures peuvent favoriser les accès d'*Angor* ; nous en reconnaissons deux sortes :

A. — Les tumeurs thoraciques ;
B. — Les tumeurs abdominales.

Parmi toutes les causes prédisposantes organiques, celles-ci sont les moins immédiates ; leur action est plus lointaine, plus rare, moins clairement démontrée enfin. Elles semblent demander encore une étude plus approfondie ; mais nous avons désiré cependant les mentionner ici, ne serait-ce que pour solliciter l'attention des chercheurs de l'avenir.

A. — Tumeurs Thoraciques

1° Tumeurs du Médiastin

J. Hayghart (2) est le premier qui a pensé qu'un épanchement d'eau dans le péricarde ou de pus dans le médiastin à la suite de son inflammation, prédisposait à l'Angine de Poitrine. Fothergill (3) et S. Black (4) ont pensé en outre que la graisse qui s'y amasse en excès chez certains sujets devait jouer aussi ce rôle de cause prédisposante. On croit de plus par analogie qu'un abcès ou une tumeur d'un certain volume de cette région pourrait en se développant exercer une compression accompagnée de phénomènes inflammatoires et par conséquent irritatifs sur les nerfs pneumo-gastriques, d'où production d'accès angoreux. Il est évident que tout cela est possible, probable même, mais nous devons ajouter que les exemples en sont rares.

---

(1) Renaut et Landouzy. — Comm. à la *Soc. de biol.*, 1877. Note sur les altérations du myocarde accompagnant l'inertie cardiaque. *Gaz. hebd.*, 1877, p. 457.

(2) Hayghart. — A case of. Ang. Pect. Med. Transactions, t. III, p. 37.

(3) Fothergill. — Loc. citato.

(4) Black. — Loc. citato.

2° Adénopathie trachéo-bronchique ou intra-thoracique

Les glandes ou ganglions intra-thoraciques sont très nombreuses et se divisent, dit M. J. Simon, en *glandes trachéales* formant le long de la trachée un véritable chapelet, en *glandes bronchiales* accompagnant les bronches droite et gauche dès la bifurcation de la trachée, et en communication avec les premières, en *glandes pulmonaires* fort nombreuses au niveau du hile du poumon et s'étendant jusqu'à la quatrième division des bronches, et enfin en *glandes cardiaques* situées à la base du cœur et derrière le sternum.

Largement anastomosées entre elles, il en résulte qu'aussitôt l'une d'elles atteinte, le mal se propage aux autres avec une extrême rapidité ; si le sujet est scrofuleux ou tout simplement lymphatique, ces ganglions se tuméfient sous l'influence de nombreuses maladies, et étant fort nombreux, finissent par resserrer ou gêner les organes voisins. Ce serait par un mécanisme analogue à celui que nous venons d'exposer pour les tumeurs du médiastin que leur hypertrophie susciterait des accès d'*Angor* par la compression des filets du plexus cardiaque. C'est Beau (1) qui, le premier, a signalé cette cause, mieux connue aujourd'hui que de son temps ; elle a été bien étudiée par A. Baréty (2).

L'adénopathie bronchique est, dit M. J. Simon (3), une affection de tous les âges chez les sujets lymphatiques ; elle est surtout commune chez les enfants. Sa cause réside dans le tempérament et dans les maladies aiguës survenant du côté des voies respiratoires (coqueluche, bronchites après la rougeole) ou dans les maladies chroniques des bronches, des côtes ou de la colonne vertébrale amenant une irritation des ganglions du médiastin.

D'après M. J. Simon, l'adénopathie bronchique existe quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent chez les enfants qui se plaignent d'un sentiment de gêne plus ou moins grand, d'une sensation de poids dans la poitrine, d'une dyspnée qui s'exaspère à chaque effort de l'enfant lorsqu'il veut gravir la moindre côte. Quand la tuméfaction des ganglions augmente sous l'influence d'une violente poussée congestive, il survient des phénomènes plus accentués, c'est-à-dire du spasme, de l'asthme, de l'angoisse, de l'orthopnée et parfois aussi

(1) Beau. — Leçons faites à la Charité 1862.

(2) A. Baréty. — De l'adénopathie trachéo-bronchique, th. doct. Paris 1874.

(3) J. Simon. — De l'adénopathie bronchique en général, *Gazette des Hôpitaux* 1886, p. 581 et 606.

de l'Angine de Poitrine ; les mêmes symptômes existent chez l'adulte et même chez le vieillard, ainsi que M. Guéneau de Mussy en a observé de nombreux exemples dans son traité de l'Adénopathie bronchique, enrichi de 73 observations.

On reconnaît l'adénopathie à la respiration du sujet qui est rude, sèche, tubaire, quelquefois caverneuse; le murmure respiratoire est effacé dans la région interscapulaire qui correspond aux bronches comprimées par le développement des ganglions, tandis qu'ailleurs, la sonorité est exagérée ; généralement il y a de la péricardite, de l'endocardite, des bruits de souffle, de l'abattement, de l'anémie profonde et des troubles fonctionnels dépendant de l'état de souffrance du pneumo-gastrique.

Nous résumons l'observation suivante de Heine (1) :

OBSERVATION CCXX
(Heine)

Accès d'Angine de Poitrine causée par un ganglion mélanique comprimant les filets du plexus cardiaque

Il s'agit d'un homme âgé de trente-six ans qui se présente à la clinique de Skoda, se plaignant d'accès d'Angine de Poitrine. Voici quels en étaient les symptômes : Le malade, aussitôt qu'il était pris, restait sans mouvement, assiégé par une angoisse horrible et conservant toute sa lucidité d'esprit. Le cœur avait des faux-pas de quatre à six pulsations ; cet arrêt était annoncé par une sorte de malaise et de constriction thoracique intérieure.

En même temps, une douleur aiguë surgissait des deux côtés de la poitrine, s'irradiant au cou, à la nuque, à la tête et persistant encore après la fin de l'accès. Le cœur se remettait alors à battre avec des mouvements précipités tout d'abord, mais se régularisant ensuite et reprenant enfin leur cours normal. Les accès étaient fort irreguliers, se présentant quelquefois au nombre de dix ou onze par jour, d'autres fois, s'éloignant pour plusieurs jours et même plusieurs semaines. Mais à la fin, ils devinrent plus répétés et leur durée s'accrut ; les douleurs à la tête et à la nuque devinrent permanentes et s'accompagnèrent de vertiges. Puis il survint du coma qui dura plusieurs jours et se termina par la mort.

A l'*autopsie*, on trouva le nerf phrénique droit enlacé par un noyau dur, d'un bleu noirâtre, infiltré de matières calcaires. Parmi les cordons d'un gris pâle, mous, constituant le plexus cardiaque, on trouva le grand nerf cardiaque, entre l'aorte descendante et l'artère pulmonaire au-dessous de leur courbure, enveloppé par un ganglion mélanique de la grosseur d'une noisette. Le nerf était épaissi avant son entrée dans la tumeur. Les rameaux du nerf vague gauche descendant sur la face antérieure de la bronche gauche, vers le plexus pulmonaire, étaient aussi englobés par un ganglion sous-jacent. Le cœur paraissait très sain et indemne.

(1) Heine. — Muller's. Arch. 1841, p. 236.

Voici l'observation résumée du malade de M. Baréty (1) :

OBSERVATION CCXXI

Une femme atteinte de tuberculose pulmonaire souffrait en même temps d'adénopathie trachéo-bronchique ; bientôt ce double état fut aggravé par des attaques d'Angine de Poitrine A l'autopsie on trouva des masses ganglionnaires tuberculeuses comprimant le pneumo-gastrique droit congestionné.

Haddon (2) cite un fait où l'Angine de Poitrine a été causée chez un homme de trente-huit ans par la compression exercée sur le nerf phrénique gauche par un *ganglion bronchique noir* siégeant sur la racine gauche du poumon.

3° Anévrysme du tronc brachio-céphalique

Si les tumeurs du médiastin et l'adénopathie bronchique ne pouvant se développer librement en avant ou en arrière où la cage thoracique leur oppose une résistance presque absolue, produisent l'*Angor* en se développant du côté où elles trouvent moins d'obstacles et en comprimant les filets cardiaques, il est rationnel de penser qu'une tumeur anévrysmale du tronc brachio-céphalique doit occasionner des symptômes analogues. C'est là une cause d'Angine de Poitrine à peine connue d'hier, et qu'a mise en lumière un médecin des hôpitaux de Paris.

Voici ce que nous lisons à ce sujet dans un article récent de M. Bucquoy (3) dans la *Gazette des Hôpitaux* de Paris sur l'action utile que peut avoir l'iodure de potassium en cas d'anévrysme, principalement lorsque la lésion porte sur le tronc brachio-céphalique.

« Il a obtenu dans ces derniers temps un nouveau succès chez une femme de soixante-huit ans, salle Sainte-Anne, à l'Hôtel-Dieu, portant un anévrysme très avancé du tronc brachio-céphalique. L'administration de l'iodure de potassium à la dose de deux grammes par jour fit cesser les vomissements, *les douleurs précordiales retentissant jusqu'à l'épaule*, et on sent dans la poche une tumeur dure formée par un caillot produit sous l'influence du remède. »

Nous ne connaissons point d'autre observation que celle-là sur ce sujet.

M. le Dr Raillard, des Baignots-de-Dax, m'a communiqué une observation d'*Angor* où, d'après lui, l'*emphysème pulmonaire* aurait joué le rôle de cause prédisposante, je la relate ici.

---

(1) A. Baréty. — De l'adénopathie trachéo-bronchique. Th. de doct., Paris 1874, p. 193.

(2) Haddon. — Edinburg *Med. Journal* XVI, p. 45, juillet 1870.

(3) *Gazette des Hôpitaux*, 1886, p. 567.

OBSERVATION CCXXII

M. Philippe, receveur municipal à Paris, cinquante-cinq ans, arthritique avéré, a été envoyé aux Thermes de Dax par M. le Dr Hutinel, de Paris sous la rubrique « *emphysème pulmonaire*, » afin de s'y reposer. Il avait eu dans la capitale quelques accès d'*Angor* mais fort légers.

Peu de jours après son arrivée, à la suite d'un refroidissement éprouvé le soir, il eut à supporter un premier accès assez violent qui céda rapidement à l'emploi d'une injection de morphine. Le lendemain, second accès sans cause déterminée ; le troisième jour, deux nouvelles crises qui cédèrent plus difficilement à l'emploi du même moyen. Le quatrième, état de mal angoreux caractérisé par une série d'attaques subintrantes que le malade sentait venir ou redoubler. Une sorte d'aura cardiaque l'en avertissait et il en prévenait ses médecins, les docteurs Raillard et Lavielle ; sa respiration devenait haletante et bientôt on observait chez lui tous les signes de l'asphyxie, ses lèvres se cyanosaient, tout son corps, sa figure, ses extrémités bleuissaient, il devenait tout noir ; un bruit de cornage épouvantable se faisait entendre, en un mot, il était hideux à voir et tout aussi pénible à l'entendre. M. P... mourut dans la nuit ; on lui avait en vain prodigué les soins les plus assidus et employé sans succès les inhalations d'éther, de chloroforme, d'oxygène, les injections morphinées, l'iodure d'éthyle et le nitrite d'amyle.

L'emphysème a pu certainement précipiter le dénouement, mais a-t-il été seul, cause déterminante de l'*Angor ?* Je ne le crois pas, et il est plus que probable que chez ce malade, les vaisseaux pulmonaires et probablement les artères coronaires et le cœur lui-même étaient sclérosés.

B. — Tumeurs abdominales occasionnant l'Angor Pectoris

Plusieurs auteurs ont, après Bréra, attribué à l'*hépato-mégalie* la naissance de l'Angine de Poitrine. Parmi ceux-là, nous devons citer Averardi (1), Bergson (2), Ullesperger (3) ; Wall (4) l'a vue survenir dans un *squirre de l'œsophage*. J. Frank (5) avec *l'obstruction de la rate* ; ces auteurs sont très affirmatifs et concluent sans hésitation en faveur de cette influence ; d'autres, M. Marchand, entre autres (6), prétendent que ce ne sont point là de véritables accès d'Angine de Poitrine. Enfin quelques praticiens renommés, MM. Potain et Barié (7), disent, et ce n'est pas sans raison, que dans ces cas de

(1) Avérardi. — De *Angina Pectoris*. Paris 1816.

(2) Bergson. — In Ullesperger. Die verschiedenen alteren Antis eh ten über die ursache der Ang. Pect. etc. Neuwied und Leipsig 1865.

(3) Ullesperger. — Loc. cit.

(4) Wall. — Loc. cit.

(5) Franck. — Loc. cit., t. IV, p. 458.

(6) Marchand. — Contribution à l'étude des néoplasies de l'œsophage. Th. Paris 1880.

(7) Potain et Barié. — Loc. cit.

tumeurs plus ou moins voisines, l'*Angor* ne survient qu'après et en raison d'une dilatation du cœur droit déterminée par elles.

Que la cause soit médiate ou immédiate, il n'en existe pas moins dans la science quelques observations dont nous citerons les plus remarquables :

OBSERVATION CCXXIII

(Trousseau. — In clinique médicale)

Coliques hépathiques. — Angine de Poitrine. — Anévrysme. — Mort.

Dans ses leçons de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, Trousseau rapporte qu'il visita avec le Dr Marx, un agent de change qui avait été précédemment fatigué par des coliques hépatiques que fit disparaître le traitement mis en usage.

Peu de temps après, survint une Angine de Poitrine, et plus tard l'auscultation révéla l'existence d'un anévrysme de l'aorte qui finit par se rompre et emporter la malade.

Quelle est celle des deux maladies, troubles gastro-hépatiques ou anévrysme, qui a favorisé la naissance de la sternalgie ? Nous ne pouvons le préciser, et il est fort probable que l'une et l'autre ont pu remplir le rôle de causes déterminantes, cependant nous pencherions pour l'anévrysme.

Hypertrophie du foie. — Nous avons dit précédemment que l'Ecole italienne attribuait l'Angine de Poitrine à une paralysie momentanée du cœur, due à la compression exercée sur lui par les organes abdominaux tuméfiés et hypertrophiés, principalement le foie. C'est Bréra (1) qui a surtout soutenu cette théorie, nous citerons les deux observations les plus favorables à cette opinion.

OBSERVATION CCXXIV

(Bréra. — In Lartigue, p. 35)

Il s'agit d'un homme âgé de soixante-deux ans, qui était sujet depuis plusieurs années à des oppressions fréquentes revenant par accès. Au 1er octobre 1804, l'oppression devint plus fréquente et plus grave ; le malade éprouve une douleur pongitive sous la mamelle gauche, suivie d'une douleur vive au bras, avec engourdissement consécutif. Il meurt le 23, pris d'une violente douleur de tête qui lui fit perdre connaissance.

On trouva à l'autopsie un anévrysme des cavités droites du cœur. (Argument en faveur de la théorie de M. Potain.) Le foie, considérablement grossi et durci, était transporté hors de sa place naturelle et était venu occuper totalement le creux de l'estomac. Son lobe gauche était élevé de manière à maintenir, soulevée avec force, la face postérieure inférieure du cœur et à retenir ce viscère dans un état de compression totale.

(1) Bréra. — 1810, de la Sténocardie, *Journal général de Médecine*, t. XLII, p. 400.

OBSERVATION CCXXV
(Bréra. — In Lartigue, p. 36)

Un homme de quarante ans, adonné aux boissons fortes, fut assailli subitement dans la nuit du 5 octobre 1805, d'un étouffement et tomba mort presqu'à l'instant. On apprit qu'il était indisposé depuis plusieurs jours et sujet à des mouvements convulsifs de la poitrine.

On trouve à l'*autopsie* le foie volumineux et rouge, ayant refoulé le poumon et comprimé le cœur. (Absence d'autres détails.)

OBSERVATION CCXXVI
(Riccotti. — Repert. di medic., décembre 1826)

M. Riccotti communiqua au Dr Ricci une observation d'Angine de Poitrine bien caractérisée ; le malade en mourut.

Autopsie. — Le cœur était flasque et terne et d'une couleur pâle ; il n'avait plus sa forme ronde, mais il était comprimé et ressemblait en quelque sorte à un sac vide ; il présentait vers sa pointe, sur la surface antérieure, une tache blanchâtre, les poumons étaient gorgés de sang noirâtre, le foie très gonflé, d'un rouge foncé, refoulait en haut le diaphragme et comprimait le cœur.

Pour nous, nous trouvons dans l'état de pâleur et de flaccidité du cœur l'indice d'une dégénérescence et d'une anémie du myocarde qui explique bien mieux l'*Angor* que le refoulement du cœur par l'hypertrophie du foie. Il nous paraît difficile, en effet, que le premier organe suspendu par des vaisseaux doués d'une certaine élasticité, logé au milieu des poumons, c'est-à-dire, d'organes compressibles, puisse être aplati, comprimé, paralysé par le développement d'un organe voisin, s'il n'y a pas un épanchement considérable dans le péricarde.

De plus, l'aplatissement du cœur ne peut se faire que par un intermédiaire, le diaphragme ; or, ce muscle étant doué d'aponévroses très résistantes, cette compression doit certainement avoir une limite au-delà de laquelle le foie, trouvant un espace plus libre du côté de l'abdomen, doit se porter préférablement en bas où l'entraînent du reste les lois de la pesanteur.

Et encore si l'augmentation du volume du foie était une cause réelle ou fréquente de l'Angine de Poitrine, les médecins anglais des Indes Orientales, les médecins militaires de l'Algérie et les médecins de la marine exerçant au Sénégal, à la Guyane, à la Réunion, à Madagascar, en un mot dans les pays intertropicaux où les hépatites et les fièvres intermittentes déterminent un accroissement considérable de cet organe et de la rate, devraient souvent, très souvent même, observer des cas d'*Angor* ; or, à part une dou-

leur névralgique plus ou moins vive ressentie à l'épaule et attribuée à la compression du nerf diaphragmatique, on n'observe dans ces maladies, *alors même que l'hypertrophie du foie s'unit à l'augmentation considérable de la rate*, ce qui arrive fréquemment quand les malades présentent les signes de la cachexie paludéenne, on n'observe, dis-je, dans ces maladies, aucun signe dénotant une gêne notable du cœur.

Ajoutons enfin, qu'il est des maladies où la capacité de l'abdomen, est plus que doublée, triplée, par exemple dans l'ascite, dans les kystes de l'ovaire, les fibrômes avancés de l'utérus ; le développement du ventre est alors énorme, les poumons et le cœur sont refoulés violemment en haut ; or, d'après la théorie attribuant l'*Angor* à une compression du cœur, ces dernières circonstances seraient très favorables à son apparition, et cependant, qu'on interroge à cet égard nos plus éminents chirurgiens, ceux qui se sont fait un nom en pratiquant d'importantes opérations, aucun d'eux a-t-il vu une seule de ses malades qui en ait été atteinte ?

Nous ne voulons pas dire pour cela que l'Angine de Poitrine ne peut pas coïncider avec une hépatite, ou un kyste de l'ovaire : l'observation suivante prouve que cela peut exister ; mais enfin il n'y a pas entre elles les relations de causes à effet invoquées par les médecins italiens. Nous devons ajouter cependant que dans ces derniers temps, cette opinion a été reprise et défendue avec talent, ainsi que nous le verrons plus loin quand nous traiterons de la nature de cette maladie.

OBSERVATION CCXXVII

(Dr Lechevrel, du Havre. — Lartigue, opere citato, p. 90)

M. C..., âgé de quarante-cinq ans, d'une constitution bilioso-sanguine, d'un caractère actif et décidé, ayant éprouvé des vicissitudes de fortune, ne connut d'autres maladies jusqu'à quarante-deux ans que des affections syphilitiques de diverses espèces, pour lesquelles il prit beaucoup de remèdes. A cette époque, il commença par s'apercevoir d'une faible gêne dans la respiration. Il consulta plusieurs médecins des Etats-Unis qu'il habitait, suivit leurs conseils et, voyant que les accidents n'en allaient pas moins croissant de jour en jour, il repassa en France, sa patrie, dans l'espoir d'y être plus heureux. Mais la traversée fut dure, et lorsque M. C... débarqua au Havre, il était près d'expirer ; c'était le 12 mars. M. le Dr Lechevrel fut appelé, et le trouva haletant, ne pouvant parler que par monosyllabes.

Tous les accidents que j'observais, dit M. Lechevrel, dans le mémoire qu'il a rédigé lui-même, et que le malade soumit à Paris aux praticiens qu'il consulta, auraient pu se rapporter à l'hépatite, mais les détails fournis par le malade, et

par quelques compagnons de voyage, ne me laissèrent aucun doute sur l'existence d'une maladie antérieure, la sternocardie.

Les symptômes de l'hépatite étaient tellement graves, qu'ils durent attirer tout d'abord mon attention.

Sans entrer dans les détails du traitement, je me bornerai à dire qu'il fut couronné d'un plein succès. A la fin de mars, le foie était réduit à son volume ordinaire : le malade se levait, buvait sans dégoût, et ressentait quelque appétit ; mais s'il parlait avec feu, ce qui lui arrivait souvent ; s'il faisait un mouvement rapide, l'anhélation revenait de suite, une douleur vive se faisait sentir derrière le sternum, et le forçait de rester court.

Le pouls était égal, un peu dur ; la température de la peau naturelle ; il n'y avait d'oppression que lorsque le malade faisait des mouvements précipités ; il mangeait avec appétit ; le ventre était libre, mais les urines étaient rares et sédimenteuses, et les pieds gonflés, un peu durs. Supposant que l'anhélation avait son siège dans le cœur et les gros vaisseaux, on fit appliquer dix sangsues à l'anus, on donna quelques cuillerées d'une potion oxymélée, des pilules d'assa fœtida et d'aloës, de la tisane de saponaire tartarisée. En deux jours les urines furent abondantes et les malléoles dégonflèrent. Chaque nuit le malade suait abondamment ; chaque jour il sortait, se promenait à cheval, en voiture ; mais la douleur de la poitrine revenait souvent, même au repos. La main gauche s'empâta un peu et fit craindre un hydrothorax commençant. En conséquence, on substitua le vin scillitique par cuillerées à la potion oxymélée ; on appliqua tour à tour deux vésicatoires volants, le premier au côté gauche du thorax, un peu en arrière ; le second à la région même du cœur ; et lorsqu'ils furent secs l'un et l'autre, on en plaça un troisième au bras gauche.

Le succès de cette médication fut tel que, dans les premiers jours de juin, le malade se croyait complétement guéri. « Il s'occupait de ses affaires, dit M. Lechevrel, et parlait d'un long voyage, lorsque le 9, après une conversation animée, et quelque émotion vive, il fut saisi d'une dyspnée violente, palpitations, suffocations, éructations, trouble général. Une potion de menthe et d'éther calmèrent les premiers accidents ; mais il resta de l'oppression, de la toux, une inappétence complète, et un peu de douleur à l'épigastre. A ces premiers symptômes se joignirent bientôt l'insomnie, la soif, une anxiété profonde, de la jactitation, l'impossibilité de rester droit, soit au lit, soit debout ; de la mélancolie, des palpitations presque continuelles, de la constipation, des urines rares, rouges, une fièvre très-aiguë qui ne pouvait me laisser de doute sur une phlegmasie dont je supposai le siège vers le petit lobe du foie. Une forte saignée, le 16, modéra les douleurs. Boissons réfrigérantes ; bains tièdes, lavements émollients, etc. Une deuxième saignée, le 19, donna un sang couenneux comme le premier, et diminua encore les palpitations et les angoisses précordiales. Une troisième saignée, le 22, acheva de tout calmer. Aux vomissements très bilieux et très pénibles des jours précédents succédèrent des évacuations alvines copieuses, noirâtres, que nous favorisâmes au moyen de l'eau de Sedlitz et du petit lait tartarisé. Alors la douleur de l'épigastre sembla se porter vers le rein gauche : on y fit des fomentations, on plaça dix sangsues sur cette région, et à l'anus le 24. Le malade, fort affaibli, commença à ressentir de l'appétit. Le 27, il sortit en promenade, et le 30 il ne pouvait contenir son appétit ; mais il avait

encore de fréquentes constrictions de la poitrine, même étant assis et en repos.

« Du 1er au 15 les forces ont rapidement monté, les digestions se font bien, le ventre est libre, les urines claires, le thorax sonore ; mais, en appuyant sur la région du cœur, on y sent un mouvement tumultueux, beaucoup plus étendu que le cœur même, et que le pouls ne semble pas partager, puisque ses battements sont égaux, réguliers, hormis les temps de grandes crises. Le malade ne prend maintenant qu'une bouteille d'eau de Seltz par jour pour tout remède ; toutes ses fonctions se font bien, celles du cœur excepté. Les malléoles ne sont nullement gonflées, le système hépatique paraît entièrement libre. »

Dans cette observation, on voit l'Angine de Poitrine se développer avant l'hépatite et persister après sa disparition ; elle n'en dépendait donc point absolument, uniquement, et nous croyons plus rationnel de la rattacher à l'affection du cœur qu'à celle du foie. Ajoutons enfin que l'absence de documents sur l'état de santé ultérieur du malade est fort regrettable.

Amas de graisse dans l'épiploon

Fothergill et S. Black sont les seuls auteurs qui se soient occupés de cette cause d'*Angor*; malgré toutes nos recherches, nous n'avons trouvé dans aucun auteur des observations qui nous permettent de regarder cette cause comme bien fondée, c'est donc une cause plus que douteuse d'*Angor Pectoris*.

B. — Causes occasionnelles

On donne ce nom à des causes qui précèdent immédiatement l'accès et provoquent son apparition.

On peut, comme l'a fait M. Ch. Liégeois, dont nous reproduisons le tableau, les ranger dans les trois catégories suivantes :

1° **Physico-Dynamiques** . .	Efforts ;
2° **Psychiques**.	Émotions ;
3° **Réflexes**	Douleurs périphériques. Ingestion des aliments. Troubles digestifs. Refroidissement. Croissance.

1° Causes occasionnelles physico-dynamiques de l'Angine de Poitrine

A. — De l'Angine de Poitrine organique. — Les personnes souffrant déjà d'une lésion organique du cœur ou de ses vaisseaux sont quelquefois atteintes pendant la nuit et au milieu de leur som-

meil par la douleur caractéristique, probablement sous l'influence de quelques troubles inconscients de la digestion, mais cela est assez rare ; le plus souvent pour que l'accès se produise dans cette variété d'*Angor*, il faut le concours d'une circonstance adjuvante, l'*effort* ou le *mouvement*.

M. Huchard attribue même à ce fait étiologique une grande importance sous le rapport du diagnostic, et quand un effort ou un mouvement modéré, d'après lui, est suivi d'un accès d'Angine de Poitrine, le médecin a à redouter une Angine de Poitrine organique (1).

Les premiers auteurs qui ont écrit sur l'Angine de Poitrine reconnaissaient cette influence. Heberden et Parry (2) recommandaient de ne pas marcher contre le vent, de se promener en marchant lentement, de ne faire aucune espèce d'effort. J. Frank (3) conseillait expressément à ses malades de ne pas monter des escaliers et d'habiter préférablement un rez-de-chaussée. On sait que c'est en faisant une promenade aux Champs-Elysées dans une voiture découverte et dans une direction opposée au vent, que le ministre Ricard fut atteint du dernier accès d'*Angor* qui l'emporta.

Beaucoup d'auteurs avaient remarqué que les mouvements exagérés ou longtemps prolongés des bras et surtout du bras gauche provoquaient les accès. Trousseau cite le cas d'un intendant qui ne pouvait donner un certain nombre de signatures sans voir ses accès apparaître. Nous avons relaté cette observation d'un médecin de campagne, de nos amis qui, montant à cheval pour aller visiter ses malades, tenait les rênes de la main gauche et avait à la fin de la journée des accès d'*Angor;* rappelons encore celle de ce cirier, chez qui la fatigue du bras gauche a occasionné à plusieurs reprises des accès. On doit aux recherches bibliographiques de M. Huchard la connaissance du fait suivant :

« Odier, dans une étude sur les gauchers qu'il a fait paraître à Genève (5 décembre 1796), faisait remarquer qu'ils étaient plus sujets à l'Angine de Poitrine. » Lecchinelli (4), dans différents articles, et

(1) Dr Huchard. — Communication orale.

(2) Parry. — Loc. cit., p. 156.

(3) J. Frank. — Loc. cit , t. IV, p. 459.

(4) Lecchinelli. — Sulla Angina del petto sulle morti repentine. Padova 1814. Discorso sull'uso della mano destra e preferenza della sinistra. Padova 1815. Supra una malattia die Seneca. Acad. Roy. des sciences, lettres et arts de Padoue.

Frank (1) accusent les grands mouvements des bras et surtout du bras gauche, de réveiller les accès.

Chez un angoreux dont la maladie a une date ancienne, il faut un effort bien moindre pour renouveler l'attaque.

Ainsi, nous avons cité plusieurs observations où l'acte du coït non-seulement fit apparaître le mal, mais s'accompagna de la mort du sujet. Aussi Jurine recommandait-il à ses malades « d'abandonner tout commerce avec le sexe, car de telles jouissances ne peuvent être que très nuisibles dans cette maladie. (2) »

Frank (3) a vu deux malades atteints en urinant.

Trousseau (4) signale les *efforts de la toux* et l'*effort prolongé de la parole* comme déterminant l'accès. Grisolle (d'après M. Ch. Liégeois) en accuse les *secousses de la voiture*, parce que pendant les cahots, on fait un effort d'inspiration.

Dans beaucoup des observations que nous avons citées la *marche un peu précipitée* produisait les mêmes effets. Chez notre entrepreneur l'action de monter sur son lit suffisait ; chez un autre, ardoisier, celle de gravir une échelle ; un malade a été pris d'un accès en lançant une pierre.

Les efforts de défécation ont le même résultat, un fait de M. Liégeois le prouve.

Blackwall a observé une invasion subite chez un homme au moment où le cheval qu'il montait s'abattit, mais ici il y eut sans doute une double cause occasionnelle : le choc et l'impression de terreur ressentie.

Le fluide électrique doit encore faciliter l'apparition de l'accès chez les névropathes.

L'*angineux par artério-sclérose est toujours subcardialgique*, dit L. Dreyfus-Brissac (5) et *ne doit se livrer à aucun mouvement actif*. Les *mouvements passifs seuls*, dit M. Lussana (6), n'y exposent point, et encore n'est-ce point rigoureusement exact, car il n'est pas rare au bout d'un certain temps de voir l'Angine de Poitrine surve-

(1) Frank. — T. IV, p. 460.
(2) Jurine. — Loc. cit.
(3) Frank. — T. IV, p. 453, note 81.
(4) Trousseau. — Loc. cit. t. II, p. 445.
(5) Dreyfus-Brissac. — Loc. cit., p. 752.
(6) Lussana. — De l'Angine de Poitrine, *Gaz Méd de Lombardie*, 1858-59.

nir chez les malades brusquement, sous l'influence de *causes psychiques* ou *réflexes*, ainsi que nous le verrons plus loin.

M. Liégeois (1) dit que M. Péter (2) a vu dans un cas de rétrécissement athéromateux de l'orifice aortique, les accès d'*Angor* se montrer avec la congestion des poumons, des principaux viscères et de l'œdème commençant aux extrémités inférieures, « *c'est-à-dire quand apparaît ou s'accroît à la périphérie l'obstacle à l'impulsion cardiaque et quand, par suite, le travail du cœur malade est augmenté d'autant* » alors en effet, le cœur, *comme dans l'effort*, lutte contre une résistance périphérique qu'il a peine à vaincre.

B. — Angine de Poitrine nerveuse. — L'influence des mêmes causes est sensible également dans cette variété, mais il faut que la marche, l'effort, soient plus considérables.

C. — Angine de Poitrine diathésique. — Chez les diathésiques exempts de toute altération organique, les causes dont nous venons de parler ont beaucoup moins de prise et d'effet, et il en est de même pour les Angines de Poitrine toxiques, principalement pour celle qui reconnaît pour cause l'abus du tabac.

2° Causes occasionnelles Psychiques de l'Angine de Poitrine

Tous les praticiens s'accordent à reconnaître que toutes les émotions, quelle qu'en soit la nature : l'amour, la colère, les chagrins profonds, les déceptions, les joies subites peuvent déterminer les accès d'*Angor*, et leur influence sera d'autant plus vive et plus soudaine que les sujets seront porteurs de lésions organiques plus graves. Le célèbre John Hunter n'est-il pas mort subitement d'un accès de colère qui provoqua chez lui le retour d'une attaque d'Angine de Poitrine dont il souffrait depuis huit ans ? J. Frank ne cite-t-il pas un malade qui eut à souffrir d'un second accès d'*Angor* parce qu'il s'était emporté contre son domestique (3) ?

J'ai déjà dit que chez les angoreux aortiques, malades depuis quelque temps, des émotions faisaient reparaître l'attaque comme le faisait tout d'abord l'effort. M. H. Huchard (4) cite deux goutteux

(1) Liégeois. — Mém. cit., p. 309.
(2) Péter. — Loc. cit., t. I, p. 465.
(3) J. Frank, — Œuvres, t. II, 1821, p. 65.
(4) Huchard. — Loc. cit., p. 105-106.

atteints d'insuffisance et de rétrécissement aortiques chez qui des émotions firent revenir les accès. Il est même des malades qui en viennent sous ce rapport à un état de pusillanimité, d'anxiété continuelle qui rend leur vie un véritable supplice. Stokes cite un malade qui calmait son accès en prenant une certaine position ; lui venait-il à la pensée qu'il ne pourrait pas le faire dans les circonstances où il se trouvait, que la peur d'avoir un accès suscitait ce dernier au moment même. N'avons-nous pas parlé d'un malade de M. Péter qui était atteint, aussitôt que quelqu'un s'informait de l'état de sa santé ? Que dis-je, la crainte seule qu'on l'interrogeât, qu'on lui parlât, suffisait pour faire apparaître le mal.

Chez les sujets affectés depuis longtemps d'Angine de Poitrine organique, on voit l'accès se produire pendant la nuit, sans cause apparente ; il est probable que dans ce cas, le mal reparaît tantôt sous l'influence d'un effort provoqué par un changement de position dans le sommeil, tantôt sous l'influence d'un cauchemar ou d'un rêve attristant comme en ont trop souvent les cardiaques.

Les grandes calamités publiques comme la guerre de 1870, le siège de Paris, la guerre de la Commune, qui provoquèrent tant de névroses et tant de névropathies, en maintenant les esprits dans une exaltation intense et en faisant passer une population tout entière par une foule d'émotions diverses (peur pour la vie, lutte atroce pour l'existence, exaspérations, colères contre l'ennemi, douleur profonde à la vue des revers de la patrie, amour-propre national humilié), ont donné lieu à des cas d'*Angine de Poitrine nerveuse.* Cette influence avait déjà été notée pendant la guerre de la sécession américaine par Weir-Mitchell (1) sur une névropathe dont il nous a laissé l'histoire.

Si, embrassant du regard une période de temps moins troublée, une influence moins générale, nous descendons dans la vie individuelle, nous dirons que l'*Angor Pectoris* doit être fréquent chez tous ceux que l'ambition politique, les luttes de la tribune, la soif des honneurs, émotionnent ou assiègent incessamment.

Nous l'avons vu causer la mort du ministre Ricard, celle d'un conseiller général, cité par M. Liégeois, descendu avec ardeur dans l'arène électorale.

M. Dreyfus-Brisac a présenté à cet égard des observations fort

(1) Weir-Mitchell. — Philadelphia Med. Times 1875.

justes (1) « Il faut, dit-il, voir dans l'Angine de Poitrine un des membres de la grande phrase pathologique nerveuse. C'est surtout à la suite de fatigues, d'un surmènement intellectuel, d'émotions prolongées, qu'elle apparaît chez les névropathes, tantôt sous ses aspects les plus atténués, tantôt sous la forme la plus terrifiante. Que d'angines de poitrine, par exemple, peuvent être mises à l'actif de la vie de concours ! » et la preuve qu'il en est bien ainsi, c'est que le mal s'éloigne ou disparaît à mesure que le surmènement intellectuel cesse, que les dépressions morales s'éteignent et que le patient recouvre sa tranquillité d'esprit. (2)

Cette même influence des émotions se retrouve à un degré tout aussi élevé chez les angoreux *diathésiques* et *toxiques*, chez les tabagiques surtout.

3° Causes occasionnelles réflexes de l'Angine de Poitrine.

Leur influence est clairement démontrée par le passage suivant du Dr Liégeois, que nous reproduisons ici (3).

« Il est des causes occasionnelles réflexes qui provoquent l'Angine de Poitrine chez des sujets indemnes de toute lésion cardio-aortique, de toute névrose, de toute diathèse, de toute intoxication. Quelque critique qu'ait élevée par un temps M. H. Arnaud (4) contre l'*idiosyncrasie*, nous n'hésitons pas à voir dans un état idiosyncrasique de l'innervation sensitive du cœur la raison prédisposante de certains paroxysmes angoreux qui ont suivi des *excitations périphériques* douloureuses ou non. »

MM. Axenfeld et Huchard (5) ont écrit dans leur traité des névroses : « Il ne répugne pas d'admettre au point de vue physiologique, que dans certains cas d'Angine de Poitrine, le foyer de l'hypéresthésie puisse être dans les nerfs du membre supérieur ou dans les nerfs intercostaux et que les plexus cardiaques soient alors l'aboutissant de l'excitation morbide de la moëlle, au lieu d'en être l'origine ; mais il faut bien le reconnaître, ce qui manque, ce sont les preuves

(1) Dreyfus-Brisac. — Loc. cit., p. 751.

(2) Il est certain qu'un nombre considérable de médecins meurent d'*Angor Pectoris*, ainsi que nous l'avons démontré plus haut.

(3) Dr Liégeois, Mém. cité p. 313 et suivantes.

(4) H Arnaud. — Nature de l'Angine de Poitrine, *Rev. Méd. de l'Est* 1883.

(5) Axenfeld et Huchard. — *Traité des Névroses*, p. 335.

cliniques à l'appui de cette supposition ; » eh bien, cela n'est pas tout à fait exact, et les nombreuses observations d'Angine traumatique citées par nous, tout en démontrant bien l'utilité qu'il y a à reconnaître cette variété d'*Angor*, témoignent qu'une violence extérieure, une blessure des nerfs du bras, de la main, de l'épaule, du thorax occasionnent cette maladie, tantôt rapidement, tantôt après un assez long intervalle. Des névromes du bras gauche, une simple fatigue du bras (nous en avons donné des preuves) peuvent, chez un sujet prédisposé, avoir la même conséquence.

Ce point élucidé, examinons les *causes occasionnelles réflexes* des variétés d'*Angor*.

A. — De l'Angine de Poitrine organique. — Tout le monde s'accorde à reconnaître que les troubles de la digestion et même l'acte de manger réveillent souvent l'*Angor*. Morgagni (1), Heberden (2), Parry (3), Butler (4), Wichmann (5) s'accordent tous à dire que l'accès survient après le repas, même peu abondant. Frank (6) en dit autant, en ajoutant que boire avec excès produit le même effet ; pour lui, la réplétion de l'estomac est une cause occasionnelle certaine. Jurine (7), Desportes (8), sont de cet avis ; un malade de Malcom-Macqueen (9) pris aussitôt qu'il mangeait, disait qu'il se porterait très bien *s'il pouvait se passer de manger*. Trousseau (10) a vu les premiers accès se manifester à la suite d'un *excès de table ou de boisson*. Nous avons cité deux observations où les malades de M. Rendu ont vu apparaître leurs accès à la suite d'écarts de régime, j'en ai cité un moi-même (observ. LXIV). Dans beaucoup de circonstances l'accès ne reparaît plus dès qu'on est parvenu à améliorer l'état dyspeptique des sujets ainsi qu'il en est advenu chez un malade de M. Rendu (in Huchard, loc. cit., p. 72-76) souffrant de troubles dyspeptiques, ayant une Angine vraie, avec dilatation de l'aorte.

---

(1) Morgagni. — Loc. cit.
(2) Heberden. — Loc. cit.
(3) Parry. — Loc. cit.
(4) Butler. — Loc. cit.
(5) Wichmann. — Loc. cit.
(6) Frank. — Loc. cit., t. IV, p. 452.
(7) Jurine. — Loc. cit.
(8) Desportes. — Loc. cit.
(9) Malcom-Macqueen. — Loc. cit.
(10) Trousseau. — Loc. cit., t. II, p. 445.

« J'ai observé pour ma part, dit M. Huchard (1), un fait à peu près semblable ; le malade, atteint d'une Angine de Poitrine vraie, voyait le plus souvent ses accès revenir sous l'influence d'une indigestion, de troubles dyspeptiques ou d'erreurs de régime alimentaire, et il suffisait souvent de le soumettre à la diète lactée pendant plusieurs semaines pour le délivrer de ses accès angineux.

Par contre, nous avons cité précédemment un malade qui faisait disparaître son accès en mangeant. M. H. Huchard a aussi un malade ne se trouvant bien que lorsqu'il a mangé, mais ce sont là des exceptions, il faut bien le dire.

« *Une douleur extérieure* peut, chez des malades atteints d'Angine de Poitrine organique, réveiller les accès. M. Péter (2) ayant observé qu'en comprimant les points douloureux correspondant au trajet du nerf phrénique enflammé chez une femme atteinte de dilatation aortique, il avait produit une attaque d'*Angor*, recommande d'être très circonspect quand on recherche les points douloureux de l'Angine de Poitrine et d'y procéder délicatement sans exercer de pression brutale.

« On agira de même quand on ira à la recherche des points apophysaires, qui, d'après M. Armengaud, accompagnent souvent cette maladie.

« M. Huchard (3) a vu également à sa grande frayeur, chez un malade atteint d'hypertrophie cardiaque par artério-sclérose, survenir deux accès très violents d'Angine de Poitrine au moment où il lui a appliqué deux cautères à la partie interne du troisième et du quatrième espace intercostal. » Et dans ce moment, un employé de la *Belle-Jardinière* qui vient se faire soigner par lui tous les dimanches à l'hôpital Bichat pour une *Angina Major*, voit revenir son accès aussitôt que M. Huchard le fait déshabiller pour l'examiner. Le même auteur a vu plusieurs fois l'application de pointes de feu à l'aide du thermo-cautère rappeler un accès d'*Angor*. Est-ce ou à l'effet du traumatisme ou à un sentiment d'appréhension ou d'effroi? il est difficile de le décider, mais quoi qu'il en soit, M. Huchard recommande, lorsqu'il s'agit d'employer le thermo-cautère chez un angineux, de prévenir et de rassurer le malade, au besoin d'insensibi-

(1) H. Huchard. — Loc. cit., p. 76.
(2) Péter. — Leçons de clin. méd., t. I, p. 450.
(3) H. Huchard. — Loc. cit., p. 76.

liser la région avec la cocaïne ou d'y renoncer si le sujet est par trop impressionnable.

B. — De l'Angine de Poitrine nerveuse. — « Les troubles digestifs, dit M. Liégeois (1), jouent un rôle occasionnel des plus importants chez les nerveux. Handfield-Jones (2) avait déjà fait remarquer l'*association de troubles cardiaques et gastriques* chez des névrosiques pris de palpitations et de phénomènes angineux, association assez fréquente pour qu'Anstie croie devoir attirer l'attention sur les relations pathologiques qui existent entre la gastralgie et l'Angine de Poitrine. Ce qui est vrai, c'est que parfois, chez les *hystériques gastralgiques* « l'arrivée des aliments dans l'estomac provoque avec la douleur de gastralgie des symptômes qu'on ne saurait rattacher qu'à l'exaltation des propriétés dynamogéniques et de l'action cardio-inhibitoire des pneumo-gastriques. Ce sont : de la dyspnée, voire même une véritable orthopnée avec suffocation, des palpitations et même une *légère sensation de griffe rétro-sternale, des symptômes légers et mobiles d'une pseudo-Angine de Poitrine.* D'après les observations de M. Potain, au moment de l'accès la matité cardiaque augmente, la pointe du cœur se dévie en dehors, le second bruit s'accentue dans la région de l'artère pulmonaire, montrant que la tension s'élève considérablement dans ce vaisseau. » (Lucien Deniau (3).

« Les douleurs périphériques peuvent amener le même résultat. M. L. Dreyfus-Brisac (4) cite le fait fort concluant d'un jeune littérateur dont l'existence a été des plus orageuses. Névropathe renforcé, il eut, il y a trois ans, une névralgie intercostale gauche avec zona ; depuis cette époque, il est sujet à des accès d'Angine de Poitrine avec angoisse extrême, sensation de mort imminente, etc. Le cœur et l'aorte ne présentent chez lui aucune altération appréciable.

« L'époque menstruelle a eu les mêmes effets dans un cas qui nous est personnel ; elle réveille l'Angine, comme chez d'autres, elle rappelle la gastralgie, la syncope locale des extrémités.

« M. H. Huchard (5) a vu chez les neurasthéniques, les hypocon-

(1) Liégeois. — Mém. cour., cité p. 526 et suivantes.

(2) Handfield-Jones. — Studies on functionnal nervous diseases 1870, p. 386.

(3) Lucien Deniau. — De l'hystérie gastrique. Th. doct. Paris 1883.

(4) Dreyfus-Brisac. — Loc. cit., p. 751.

(5) Huchard. — Loc. cit., p. 126.

driaques, les hystériques, l'enveloppement avec le drap mouillé, les lotions froides provoquer des accès angineux à cause de la sensation de saisissement et de froid qu'ils déterminent; est-ce chez des nerveux que G. Sée (1) a vu l'hydrothérapie ramener des accès?

C. — De l'Angine de Poitrine diathésique. — Chez les *arthritiques* notamment, les diverses causes occasionnelles réflexes du paroxysme angoreux peuvent être résumées par ordre de fréquence, ainsi qu'il suit : impression de froid, ingestion d'aliments, croissance.

« Laënnec (2) avait déjà constaté que l'Angine de Poitrine, chez certaines personnes, apparaît préférablement sous l'influence de certaines constitutions médicales. Trousseau (3) avait dit aussi que les variations brusques de température peuvent provoquer les crises. Grisolle (4) avait incriminé l'impression subite d'un air froid, surtout le soir. Rien de plus vrai chez les arthritiques, et l'observation de M. Huchard, où une dame rhumatisante rentrant de soirée à deux heures du matin est saisie au haut de la poitrine par un froid assez vif qui occasionne un accès immédiat d'*Angor*, en est une preuve bien convaincante.

« Rappelons encore cette observation de M. Huchard où l'ingestion des aliments les plus légers occasionne le retour des accès chez une dame arthritique (5). (Observation de Madame S..., p. 155).

« Chez une jeune fille de treize ans, également arthritique, dont M. Landouzy rapporte l'histoire et que nous avons relatée nous-même en l'empruntant au travail de M. Huchard, Mlle X..., les accès d'*Angor* sont attribués occasionnellement par M. Landouzy à l'influence de la croissance. (Observ. L, p. 105).

D. — De l'Angine de Poitrine toxique. — Le plus souvent à son origine les accès d'Angine de Poitrine sont spontanés et sont dus à l'influence de la cause toxique (tabagisme, théisme, alcoolisme, mais au bout d'un certain temps et quand l'influence première continue à s'exercer sur les sujets, les troubles digestifs viennent aggraver la situation et contribuent largement à augmenter la fréquence et la répétition des accès.

(1) G. Sée. — Loc. cit., p. 456.
(2) Laënnec. — Loc. cit., t. III, p. 350.
(3) Trousseau. — Loc. cit., t. II, p. 445.
(4) Grisolle. — Loc. cit., t. II, p. 739.
(5) H. Huchard. — Loc. cit. p. 70-71.

En définitive, on a remarqué avec raison l'influence ou le changement que cette maladie opère sur le caractère de ceux qui en sont atteints. Dans les premiers temps et quand un long intervalle de repos existe entre les accès, les malades songent peu à leur mal et retrouvent dans l'intervalle, toute leur gaieté, mais à mesure que les accès se renouvellent, le souvenir de leur violence assombrit leurs pensées ; ils se sentent et voient sans cesse menacés ; ils s'attristent, deviennent impressionnables, irascibles, égoïstes, se dégoûtent du travail et vivent confinés dans l'attente, se repliant sur eux-mêmes ; leur santé, leur *moi* devient leur seule préoccupation ; le plus brave demeure craintif, et un jour advient, surtout chez les névrosiques, où l'appréhension, l'idée seule du retour possible du mal suffisent pour le provoquer. Le malade en arrive ainsi à un état déplorable que M. H. Huchard a justement appelé l'*Anginophobie ;* sans cesse replié sur lui-même, frémissant comme une feuille au souffle du vent, le malheureux voit le fantôme de l'*Angor* se dresser sans cesse devant lui et l'accompagner dans tous les actes de sa vie misérable, au lit, à la table, dans la conversation, dans la lecture, dans ses rêves ; de telle sorte que le médecin a à lutter contre deux ennemis à la fois, le mal lui-même et la peur incessante qu'il inspire.

Nous jugeons utile de réunir en un seul tableau général les petits tableaux synoptiques placés en tête de chacune des causes diverses que nous avons mentionnées.

TABLEAU GÉNÉRAL DES

Deux sortes de Causes. . . . . .

A. — CAUSES

1° Causes Prédisposantes non organiques

ANGOR
A. - Névralgique

- 1° Par Causes Traumatiques.
  - A. - Par Blessures des N
  - B. - Par le Traumatisme couchement.
- 2° Par Causes non Traumatiques
  - A. - Essentielles.
  - B. - Succédant à d'autr vralgies.

ANGOR
B. - Névrosique

1° Hystérique ;
2° Épileptique ;
3° Hypocondriaque et Névropathique ;
4° Gastrique ;
5° Anémique ;
6° Vaso-Motrice (pouvant accompagner aussi l'Angine de trine d'origine organique) ;
7° Dans la Maladie de Basedow ;
8° Dans les Affections mentales.

ANGOR
C. - Diathésique

- 1° Arthritique . . . . . .
  - A. - Coïncidant avec des aortiques.
  - B. - Coïncidant avec des du péricarde.
  - C. - Sans lésion aortiq cardiaque.
- 2° Herpétique avec ou sans lésions cardio-aortiques ;
- 3° Syphilitique avec ou sans lésions cardio-aortiques ;
- 4° Diabétique sans lésions cardio-aortiques.

ANGOR
D. - Toxique

1° Par le Tabac ;
2° Par l'Alcool ;
3° Par le Thé ou le Café ;
4° Par la Malaria ;
5° Par l'Ergot de Seigle ;
6° Par l'Oxyde de Carbone ;
7° Par le Plomb, le Mercure, le Morphinisme ;
8° Par l'Albuminurie ?

DE L'ANGINE DE POITRINE

. . . . . { A. — Prédisposantes
B. — Occasionnelles

NTES { 1° Non Organiques.
2° Organiques.

2° Causes Prédisposantes organiques

° Artério-Sclérose Généralisée.

2° Lésions es Vaisseaux du Cœur

- A. - Lésions de l'aorte
  - Aortite aigue avec ou sans lésions d'orifices
    - Idiopathique
      - Dans le Rhumatisme articulaire aigu à frigore.
    - Deutéropathique - (complication de l'athérome aortique.
  - Aortite chronique . .
    - avec ou sans lésions d'orifices.
    - avec ou sans dilatation simple ou anévrysm[le].
- B. - Lésions des artères coronaires seules.
- C. - Lésions de l'aorte et des artères coronaires a la fois dans
  - La Sclérose.
  - La Vieillesse.
  - La Goutte.
  - La Syphilis.
  - Le Tabes dorsalis?
  - Le Tabagisme.
  - L'Alcoolisme.

Lésions des nerfs du Cœur ou lévrite cardiaque accompagnant

- A. - L'Aortite.
- B. - L'Artério-Sclérose.
- C. - L'Anévrysme de l'aorte.
- D. - La Péricardite.
- E. - Les Tumeurs du médiastin.
- F. - Le Rhumatisme articulaire aigu.

4° Lésions du Péricarde

- A. - Péricardite aigue.
- B. - Péricardite chronique
  - Succédant à l'Aortite chronique.
  - Reliquat de la Péricardite aiguë.

5° Lésions du Myocarde

- A.-Dégénérescence et surcharge graisseuse du Cœur dans
  - La Goutte.
  - La Vieillesse.
  - L'Alcoolisme.
  - L'Obésité.
- B. - Dilatation. . .
  - 1° du Cœur gauche o Cœur forcé.
  - 2° du Cœur droit
    - A. - d'origine viscérale
      - Consécutives aux affections chroniques des viscères splanchniques
    - B. - d'origine périphérique.
- C. - Myocardite scléreuse.
- D. - Rupture du Cœur.

° Lésions des rganes voisins

- A. - Tumeurs intra-thoraciques.
- B. - Tumeurs intra-abdominales.

B. — CAUSES PRÉDISPOSANTES OCCASIONNELLES	
1° Physico-Dynamiques.	Efforts.
2° Psychiques	Émotions.
3° Réflexes.	Douleurs périphériques. Ingestion des aliments. Troubles de la digestion. Refroidissement. Croissance.

Angine de Poitrine épidémique

L'Angine de Poitrine peut-elle exister sous forme épidémique? On a invoqué en faveur de l'affirmative la relation de l'épidémie de Kleefeld, de Dantzick (1824) et celle que j'ai observée en 1858 à bord de l'*Embuscade*.

Dans l'épidémie de Dantzick, on observa chez tous les malades sans exception, des étouffements, le resserrement de la poitrine, une douleur sternale aiguë se prolongeant dans l'épaule et le bras, une inquiétude extrême, de la chaleur, des frissons, de l'anxiété, et enfin une convalescence rapide. Quant aux symptômes secondaires, ils consistaient en rougeur de la face, éclat des yeux, fièvre, soif, enduit muqueux de la langue, constipation.

On le voit par cette courte description, si les signes essentiels de l'*Angor* existaient, il y en avait d'accessoires ne l'accompagnant pas d'habitude; mais du moment qu'une maladie appartient dans son essence, dans sa nature à l'ordre nerveux, bien mal avisé est le médecin qui veut en renfermer les symptômes autres que les symptômes caractéristiques, dans un ordre déterminé ou dans un cadre inflexible. Il est très raisonnable d'admettre les différences que des circonstances d'années, de climats, de régime, de séjour, d'alimentation peuvent imprimer à une maladie. Or, toutes ces influences ont pu, à Dantzick, altérer légèrement le tableau habituel spécial à l'Angine de Poitrine, sans en effacer toutefois les grandes lignes qui lui sont particulières. Nous admettons donc que l'épidémie d'Angine de Poitrine décrite par Kleefelfd a existé, et nous la caractérisons en disant qu'elle était de nature inflammatoire et déterminée par des *causes sthéniques*.

L'épidémie observée à bord de l'*Embuscade* présentait au contraire un caractère *asthénique* bien dessiné et elle naquit sous

l'influence de causes débilitantes incontestables. J'ai parlé plus haut de l'influence de l'humidité, mais il est d'autres causes que nous devons relater.

A.—*Age.* — Sur les quatorze cas d'Angine de Poitrine que j'ai recueillis à bord de l'*Embuscade*, je trouve deux hommes âgés de quarante ans, un de trente-cinq, un de trente, six âgés de vingt-quatre ou vingt-cinq ans, un de vingt-trois et un de vingt. Un nommé D..., qui, deux ans auparavant avait été isolément atteint, n'avait que vingt-deux ans. Cette apparition de la maladie chez des jeunes sujets tient, comme je le prouverai plus tard, à l'action de causes générales ayant pesé pendant longtemps et d'une manière uniforme sur un équipage de deux cent cinquante hommes ; d'autre part, les huit mousses ou novices et les cinq aspirants que nous avions à bord ont joui d'une immunité complète.

B. *Hérédité.* — J'ai interrogé mes malades sur les affections auxquelles étaient sujets leurs parents, et je leur ai demandé s'ils ne les avaient pas vus en proie à des souffrances semblables à celles qui les affligeaient eux-mêmes. Tous m'ont répondu négativement. C'était tout au plus si quelques-uns avaient eu des douleurs rhumatismales, si fréquentes dans la basse classe.

C. *Tempérament et embonpoint.* — Je ne crois point que le tempérament ait exercé une grande influence sur la production de l'épidémie. J'ai trouvé sur mes quatorze malades six tempéraments lymphatiques, cinq tempéraments lymphatico-nerveux, et trois sanguins, mais très débilités. Un seul de mes hommes avait la peau blanche et rosée et les cheveux blonds ; les autres étaient bruns. Un d'eux avait de l'embonpoint ; trois autres un embonpoint ordinaire ; les autres étaient maigres et délicats.

Tous nos marins fumaient avec cette sorte d'acharnement, de rage, qui pousse le matelot à accélérer par de larges bouffées la fin de sa pipe pour en allumer une autre. Le tabac fait tellement partie du matelot, que sans lui ce n'est plus qu'un être incomplet ; mais parmi tous ces fumeurs, je me souviens d'un ayant sans cesse la cigarette à la bouche, et c'est le plus jeune de tous ceux qui ont été frappés, le nommé M... dont j'ai rapporté l'observation (1). A l'usage de la pipe, huit ou neuf de ces hommes, marins de profession, joi-

(1) Voyez observation CIX.

gnaient celui de la chique, et on sait qu'involontairement les chiqueurs, soit dans un exercice, soit en voulant parler ou répondre à un de leurs supérieurs, avalent le jus du tabac et quelquefois la chique elle-même. Je ne serais donc pas étonné si ces détestables habitudes avaient jusqu'à un certain point concouru à grossir le nombre de mes malades.

D.— *Influence d'autres maladies.*—L'Angine de Poitrine se relie si souvent à d'autres affections, que j'ai dû m'attacher à savoir si aucun de mes hommes n'avait eu précédemment de rhumatisme, de goutte, d'hypertrophie du cœur, d'anévrysme, etc., etc. Cela m'était d'autant plus facile que vivant avec eux depuis près de quatre ans, j'étais dans les meilleures conditions pour les bien observer ; mais chez aucun d'eux je n'avais eu à traiter de lésions de ce genre ; seul le nommé G... s'était plaint de quelques palpitations. Cependant l'un d'eux, le nommé D..., avait été traité quelques jours auparavant pour une bronchite aiguë.

On sait que Jurine a soutenu avec chaleur que les affections du poumon pouvaient favoriser et même faire naître l'Angine de Poitrine. Wichmann, ainsi que lui, avait noté l'existence des râles pendant l'accès, et après la crise une toux qui déterminait l'expulsion de beaucoup de matières glaireuses.

Mais nous devons insister sur un état maladif de nos hommes, qui a pu exercer une grande influence sur le développement de cette affection ; je veux parler de l'état d'anémie profonde où ils étaient plongés. On sait que toutes les fois qu'il n'y a pas une juste pondération entre le système nerveux et le système sanguin, et que le sang n'arrive pas aux centres nerveux avec ses qualités naturelles, soit par une richesse trop grande de ses éléments, soit par une diminution de sa quantité ou de ses principes vivifiants, il stimule trop ou ne stimule pas assez le système nerveux, et qu'il en résulte une foule de désordres et de névralgies douloureuses, au nombre desquelles l'Angine de Poitrine peut prendre une place. Mais de ces deux excès, l'anémie, par la déglobulisation et le défaut d'excitabilité du sang qu'elle entraîne, me semble devoir produire les effets les plus graves. Or, notre équipage était, je dois le dire, anémié au plus haut point.

Considéré dans son ensemble, sa force physique était très peu développée, car à l'époque où nous quittions la France (1), on renvoyait

(1) C'était au début de la guerre de Crimée.

sur les vaisseaux dans la mer Noire, les hommes les plus robustes, et on nous avait donné les moins vigoureux Puis, grâce à la vieillesse du navire, à sa facilité à faire de l'eau et aux lavages trop souvent répétés, le scorbut s'était fait, malgré toutes les précautions hygiéniques possibles, notre compagnon fidèle, et n'avait jamais complètement disparu du bord. Enfin les fièvres intermittentes du *Centre-Amérique*, un assez grand nombre de dyssenteries, et pour surcroît de causes débilitantes, une épidémie de colique sèche qui frappa le sixième de l'équipage (sans compter les récidives) et me donna à soigner jusqu'à vingt-deux hommes à la fois, les avaient affaiblis considérablement ; sous ces influences diverses, presque tout l'équipage se plaignait de dyspepsie, de langueur, et présentait une pâleur cireuse, une flaccidité notable des chairs, qu'une nourriture fortifiante, les ferrugineux et le quinquina étaient impuissants à faire disparaître, tant était grande l'altération survenue dans tout l'organisme. Il y avait, en effet, au plus haut point chez eux ce découragement moral, cette déchéance physique, qui ont été signalés par M. Huchard chez les morphiomanes et les tabagiques invétérés et qui facilitent chez ces derniers l'invasion de l'*Angor Pectoris*.

On le voit d'après ce rapide aperçu, si jamais des névralgies ont trouvé un champ favorable à leur développement, c'est à bord de l'*Embuscade*, où défaut de forces physiques, abattement moral, épuisement par des maladies antérieures ou concomitantes, se réunissaient pour leur donner naissance. Eh bien, quand à ces hommes anémiés, exposés déjà à de grands vents, on commandait un travail fatigant, comme l'ascension aux mâts, l'exercice des voiles ou celui du canon qui demandent autant de déploiement de forces que d'activité, ne devait-il pas survenir aussitôt chez eux, de l'essoufflement, de la dyspnée, une respiration précipitée, incomplète, des mouvements accélérés du cœur, en un mot tout ce qui pouvait favoriser le développement d'une Angine de Poitrine ?

En considérant, d'autre part, la liste de mes malades, je trouve que onze sur quatorze ont eu à souffrir de la colique végétale, et je me demande s'il ne serait pas possible que l'Angine de Poitrine eût succédé à cette dernière, de même que l'on voit dans la science de nombreux exemples de névralgies erratiques se remplacer tour à tour, occuper un siège nouveau sans laisser de traces de leur passage précédent. Le raisonnement et l'exemple de ce qui arrive pour des souffrances de même nature, nous autorisent à l'admettre. Nous en avons donné au début de ce livre des preuves nouvelles, aussi je

crois que sur l'*Embuscade* les deux plus cruelles névralgies qui existent, l'Angine de Poitrine et la colique végétale, se succédaient et se remplaçaient tour à tour, la dernière s'effaçant quand apparaissait la première. *(Voir observation XXVI, du Dr Gasquet).*

Causes occasionnelles. — Le plus souvent j'ai trouvé, en interrogeant mes malades, une cause occasionnelle précédant l'accès et semblant en déterminer l'apparition, et cette cause avait agi en augmentant l'activité de la circulation. Ainsi, un timonier ressentit la première atteinte en gravissant rapidement l'escalier qui, de la batterie, conduit au pont ; quatre autres furent pris en montant aux mâts ; un autre, après un exercice de voiles, eut une crise dans la hune, et on fut obligé de le descendre non sans beaucoup de souffrances. Ceux-ci se sentirent frappés pendant l'exercice du canon, ceux-là en mangeant précipitamment. On comprend du reste que toutes les causes occasionnelles signalées par les auteurs comme enrayant l'action du cœur et déterminant ce que M. Beau appelle l'asystolie (marche contre le vent, marche sur un plan incliné), se trouvent réunies au plus haut degré sur un navire à la voile, oscillant sans cesse sous l'action combinée de la brise et des flots.

Reproduisons maintenant quelques observations :

OBSERVATION CCXXVIII

L..., âgé de trente-quatre ans, chef de pièce, tempérament lymphatico-nerveux, est à bord de la corvette depuis vingt et un mois ; mais il a déjà fait deux ans et demi de campagne sur la frégate amirale la *Forte*. Ce navire avait constamment navigué dans l'océan Pacifique pendant la guerre avec la Russie, et L... était déjà débilité quand il vint sur l'*Embuscade*. Une crise de colique végétale et deux mois de scorbut au premier degré, lui avaient enlevé le reste de ses forces. Depuis cette époque, son teint est resté pâle et terreux, ses lèvres décolorées et ses gencives saignantes ; palpitations légères, essoufflement facile à la moindre fatigue.

Le 6 mai 1858, nous étions en travers des Açores, et les hommes prenaient leur repas, quand L... est atteint brusquement d'une douleur violente entre le mamelon gauche et le sternum. Ses camarades le voient pâlir, appuyer ses mains sur la table et se plaindre, sans pouvoir cependant articuler un mot. J'accours et veux le diriger sur l'hôpital, mais il n'ose faire un pas, et ses voisins sont forcés de l'y porter. Malgré toutes leurs précautions, le tangage du navire arrache à L,.. des plaintes plus fortes. Il est assis sur un lit où je puis l'examiner.

Respiration modérément accélérée, mais incomplète et peu profonde, L... fait de temps en temps une large inspiration, mais ce n'est que lorsqu'il y est forcé ; il craint, en développant largement sa poitrine, d'être accablé par un

mal encore plus douloureux. Le même motif l'empêche de faire le moindre mouvement. La plus vive souffrance est peinte sur ses traits. Sueurs froides ; angoisse très grande. Tout entier à sa douleur, le malade ne s'inquiète de personne autour de lui, et ne répond que par des signes de tête à mes questions pressantes.

D'après l'expression de terreur qui se reflète avec plus ou moins de vivacité sur ses traits, on s'aperçoit quand la douleur a des redoublements d'intensité. Alors ses plaintes ne discontinuent pas ; sa main droite s'appuie sur le cœur comme pour en étouffer les battements. Je lui demande s'il ne ressent rien à l'épaule et au bras gauche ; il me fait comprendre qu'il éprouve des élancements à l'épaule, et seulement de l'engourdissement aux doigts et à l'avant-bras. Il ne souffre point au cou ni à la colonne vertébrale. Le pouls est à 80. Les battements du cœur sont assez énergiques ; l'auscultation ne révèle aucun désordre.

Après quelques instants l'accès semblant à son déclin, je le prie de se lever et de marcher ; mais en faisant le premier pas, quoique avec précaution, L... sent revenir la douleur au sternum. Il s'asseoit de nouveau sur son lit, les mains appuyées, et attend immobile la fin de la crise qui s'annonce par des éructations inodores, et qui a duré environ dix minutes.

Pour obtenir un peu de sédation, j'ai employé pendant l'attaque, du chloroforme versé toutes les cinq minutes sur un linge plié en quatre et appliqué sur la poitrine ; j'y ai joint pour la nuit des pilules d'extrait gommeux d'opium et de belladone, L... ne ressentait plus, le soir, que de la meurtrissure à la poitrine et de l'engourdissement dans le bras ; il dormit assez bien, mais en restant presque assis dans son lit. Je ne lui prescrivis que des aliments liquides pendant quelques jours ; je combattis l'anémie par le fer et le quinquina. Il fut exempté du service fatigant de chef de pièce, et ne présenta pas de recidive usqu'à notre arrivée à Cherbourg.

OBSERVATION CCXXIX

G..., Indien, né à Cayenne, âgé de vingt-cinq à trente ans, est atteint subitement, le 7 mai 1858, en montant au mât de misaine, d'une douleur déchirante à la poitrine qui le force à descendre au plus vite. Il se tient debout, élevant et renversant la tête. Un sentiment de souffrance et d'épouvante est peint sur ses traits, ses yeux sont pleins de larmes ; une de ses mains est appliquée sur la poitrine, l'autre aide le malade à se soutenir. Ne pouvant marcher, on le porte à l'hôpital.

Respiration accélérée, courte, incomplète, semblable par sa fréquence à celle d'un homme qui viendrait de faire en courant une longue course et tomberait hors d'haleine; chaque expiration est accompagnée d'un cri plaintif et précipité; soupirs profonds de temps en temps ; le malade ne peut pas parler et ne répond que par signes.

Le pouls est élevé et fréquent. Le cœur bat violemment, avec une telle force que la poitrine en est ébranlée, comme si un battant de cloche la frappait à l'intérieur ; cet ébranlement se fait sentir dans tout le tronc, et le bruit en est perceptible à une certaine distance. Pulsations cœliaques d'une grande énergie ; ces mouvements tumultueux donnent à la main qu'on y applique une ondulation

continuelle très visible. La douleur n'a pas de siège fixe ; elle est mobile, monte, depuis l'extrémité inférieure du sternum et des fausses côtes (côté gauche) jusqu'au larynx et au cou. Elle est interne et très v ve au cœur, mais ne parcourt point l'épaule ni le bras gauches. Le malade la compare à une main de fer dont la pression est de plus en plus pénible et forte, à mesure qu'elle atteint le cœur et le larynx. Cette douleur a des instants d'exacerbation, et alors l'angoisse est extrême, et G... se plaint encore plus vivement ; les élancements s'étendent du reste jusqu'à l'hypocondre, et des douleurs se font sentir jusqu'au cordon testiculaire. Le décubitus est impossible ; les pieds et les mains sont froids.

Prescription. — Deux ventouses scarifiées sur le côté gauche du sternum, une troisième au creux de l'estomac ; potion éthérée laudanisée. Cette révulsion énergique produit un peu de calme. Immédiatement les battements du cœur sont moins tumultueux, les inspirations un peu plus faciles, plus complètes. Le malade peut répondre par monosyllabes à mes questions. Je m'éloigne pendant quelques minutes, mais à mon retour je le trouve de nouveau en proie à des symptômes effrayants. Il n'avait pas encore pris la potion qu'on préparait ; je lui en fais avaler lentement une grande partie et remets les ventouses, auxquelles succède un cataplasme sinapisé. Le mieux revient, les crises diminuent de violence, les intervalles qui les séparent sont de plus en plus grands. A huit heures du soir, G..., forcé de se tenir assis, respirait avec moins de crainte ; le pouls conservait encore de la fréquence. — Potion à renouveler, cataplasmes et onctions belladonées.

Le 4, l'état du malade s'est bien amendé ; deux heures de sommeil dans la nuit. Respiration aisée ; plus de douleur au cœur ni au sternum, mais brisement et lassitude dans cette région ; pouls calme, mais très petit. G... a des crampes dans les bras quand il veut les agiter ; pas d'éructations. — Mêmes prescriptions ; seulement, à trois heures du soir G.. étant très affaibli, je prescris un bouillon et un lavement de quinquina.

Le 5, le mieux continue ; pouls normal, respiration facile, encore de l'endolorissement dans les membres. Le malade reste toujours assis sur son lit. — Bouillon, confitures, pruneaux ; on continue l'usage de l'éther et des onctions belladonées. J'y joins une tisane de quinquina et de la digitale en raison des palpitations dont se plaint G...

Le 6, même état ; G... se lève le 7, mais il se plaint de vertiges, d'éblouissements, dus sans doute au sang qu'il a perdu. Il est dans un grand état de faiblesse ; la marche le fatigue ; il est, du reste, d'une grande sensibilité au froid, aussi est-il exempt de service jusqu'à notre arrivée à Cherbourg.

OBSERVATION CCXXX

I... (Dominique), vingt-quatre ans, des Basses-Pyrénées, tempérament nervoso-sanguin, d'une constitution remarquablement forte, mais affaiblie par une attaque de coliques sèches, est sobre et ne boit point d'eau-de-vie. Très bien portant la veille' il venait de prendre à huit heures et demie du matin son quart de vin, quand il se sentit au sternum une douleur subite ; mais cela se dissipa bientôt, et il serrait les voiles quand la douleur revint subitement, s'étendant de l'épigastre au cœur, au côté et à l'épaule avec une extrême rapidité, comme

si une épée était enfoncée du creux de l'estomac (comparaison du malade) jusqu'à la gorge, en passant derrière le sternum. Arrivée au larynx, elle suffoque et étrangle le malade ; sa douleur est principalement vive au cœur et au côté gauche de la gorge. Les muscles de ce côté, et surtout le sterno-mastoïdien, sont visiblement roidis et contractés.

Le malade ne peut se tenir debout ; on l'asseoit sur un lit ; il y courbe fortement le tronc en arrière, renversant également la tête et le cou, et s'appuyant sur ses bras fixés au lit. Anxiété très grande ; impossibilité de parler ; physionomie indiquant une vive souffrance ; respiration gênée, courte, non accompagnée de cris. De temps en temps une inspiration plus profonde ; mais on voit que le malade, craignant la douleur, ne développe sa poitrine que lorsqu'il en ressent le besoin impérieux. On lit sur ses traits quand les douleurs spasmodiques redoublent de violence ; alors l'angoisse est extrême, il y a crainte de la mort, contorsion du visage et de la bouche. La poitrine reste presque immobile, ses parois ne se développent qu'à la dernière extrémité, surtout du côté gauche, remarque que j'ai déjà faite chez plusieurs de mes malades. La douleur entoure pour ainsi dire le sternum et comprend un rayon de six centimètres autour de cet os ; elle y est continuelle, tandis que parfois elle parcourt la base du thorax.

Le pouls est régulier, plutôt ralenti qu'accéléré ; rien de particulier au cœur. Quand la douleur s'irradie en bas, le malade croit avoir un poids énorme comprimant sa poitrine. Les mains et les pieds sont froids ; il me semble même y trouver une teinte cyanosée.

Prescription. — Diète ; potion éthérée ; laudanum ; deux ventouses scarifiées de chaque côté du sternum. Sous leur influence, le mal s'apaise rapidement et se borne au creux épigastrique. On y applique une autre ventouse ; onctions belladonées, et cataplasme après leur chute ; lavement antispasmodique.

Une heure après, mieux sensible ; respiration facile. Le malade peut parler, mais une douleur assez vive se fait encore sentir au voisinage du sternum. Les crises s'éloignent de plus en plus, en diminuant de durée et surtout de violence.

A huit heures, le malade peut se coucher, ne se plaignant plus que d'une légère céphalalgie. Le pouls est plus développé et plus accéléré que le matin ; la peau est couverte de sueur ; quelques éructations à la fin de la crise.

I... a quelques heures de sommeil dans la nuit ; il éprouve un grand bien-être ; léger sentiment de fatigue à la région sternale. Il sort de l'hôpital complétement bien le quatrième jour.

Cherchons maintenant à caractériser encore mieux ce que la maladie m'a présenté de particulier dans ses principaux symptômes à bord de la corvette.

Description symptomatologique. — *Douleur.* — La douleur, ce signe caractéristique de l'Angine de Poitrine qui faisait dire à Jurine : « Sans douleur sternale point d'Angine de Poitrine, » s'est généralement fait sentir chez mes malades derrière le sternum et à gauche de cet os, une fois à la base. Elle ne débutait pas toujours

auprès de cet os ; chez un de mes malades elle s'est fait sentir à gauche vers les attaches du muscle droit ; chez un autre, elle parcourait la base du thorax avant de se diriger vers le cœur ; chez I..., elle monta de l'hypogastre au côté gauche du larynx ; mais, dans tous les cas, elle arrivait au sternum et devenait plus vive, plus angoissante en s'avançant vers le cœur, et c'est là qu'elle présentait son maximum d'intensité.

Chaque malade a un terme particulier pour la désigner ; l'un me disait : On m'enfonce à petits coups un poignard dans le cœur ; un autre : C'est une épée qu'on me plonge du sternum au côté gauche du cou ; celui-ci accusait quelque chose qui l'étranglait ; celui-là une boule aiguë roulant du creux de l'estomac au cœur et au larynx.

Quant à sa violence, elle est extrême, indéfinissable, elle arrête les malades sur place et les jette dans un état d'angoisse qui met la mort devant leurs yeux. Leur anxiété est semblable à celle qu'éprouve le noyé cherchant vainement au fond de l'eau à respirer quelques bouffées d'air. Presque tous mes malades ont senti cette douleur courir comme un éclair d'un point à un autre, et s'accordaient à dire qu'ils avaient cependant le temps d'en apprécier toute l'acuité. La plupart s'arrêtent immobiles dans la position où le mal les a surpris et où ils espèrent le moins souffrir ; une de leurs mains suit ordinairement la douleur et s'appuie sur le cœur.

Insensibles à ce qu'on dit autour d'eux, ils n'écoutent que leur souffrance et n'ont que le sentiment du *moi*. Tout disparaît, s'efface autour d'eux ; ils ne font pas un mouvement, car ils croiraient mourir. La terreur est peinte sur la figure du malade, son corps baigné de sueur froide. J'ai observé chez presque tous des douleurs à l'épaule gauche. Quant aux bras et aux doigts, ils n'accusaient que des élancements et des fourmillements analogues à ceux qu'on ressent en se heurtant le coude au point où le nerf cubital le franchit.

La douleur s'est irradiée en haut aussi bien qu'en bas et latéralement. Je l'ai vue s'étendre jusqu'au haut du cou. Chez I..., elle contractait spasmodiquement le muscle sterno-mastoïdien. Quelques-uns ont accusé une constriction très forte resserrant la base de la poitrine. Le sternum semblait refoulé vers la colonne vertébrale par un poids énorme ; on eût dit qu'un étau ou une corde fortement serrée les attirait l'un vers l'autre. Le malade cherchait alors, soit par une forte inspiration, soit par un soupir profond, à agrandir sa poitrine. Plusieurs des matelots s'inclinaient du côté gauche de la

poitrine, et cette position, ainsi que l'application de la main sur le cœur, pouvaient fort bien avoir pour but, en comprimant cet organe, de diminuer l'acuité des douleurs dont il était le foyer. Cette compression serait alors, comme dans une foule d'autres névralgies, une précaution instinctive du malade, désireux de calmer ses souffrances.

Etat de la respiration. — En examinant attentivement et à nu le thorax de ces matelots, j'ai remarqué qu'ils cherchaient à faire des inspirations aussi peu profondes que possible ; aussi devenaient-elles à la longue plus fréquentes, et le malade était-il forcé d'inspirer de temps en temps plus largement, afin de suppléer à l'insuffisance de sa respiration, se faisant surtout par le type costo-supérieur.

Etat de la circulation. — On sait qu'avant Jurine les auteurs n'étaient pas d'accord sur l'état du pouls : les uns l'avaient trouvé irrégulier, intermittent, les autres sans irrégularité ni intermittence. Généralement, chez les malades très impressionnables, il était peu fréquent et même déprimé ; cela coïncidait avec l'existence de sueurs froides et l'anéantissement des forces. Chez quelques autres, les palpitations avaient une violence extrême ; le cœur semblait vouloir s'élancer hors de la poitrine, et on pouvait entendre à quelques pas du malade le choc énergique de la pointe de l'organe contre les parois de la poitrine.

Phonation. — La plupart de mes malades ne parlaient pas pendant l'accès ; ils ne faisaient entendre qu'une plainte analogue à celle que jette un homme brusquement surpris et plein d'épouvante. Quand ils pouvaient enfin parler, c'était à voix basse ; la parole était soufflée pour ainsi dire, et émise par monosyllabes.

Etat de la digestion. — Huit fois, à la fin de la crise, survinrent des éructations sans mauvais goût et inodores ; quelques-uns y trouvaient du soulagement. Ils expulsaient ces vents avec beaucoup plus de facilité quand ils étaient assis sur le bord du lit, les jambes pendantes. Notons encore que trois ou quatre fois il y a eu au déclin de l'attaque des nausées et des vomissements quelquefois bilieux, mais plus souvent muqueux.

Sécrétion urinaire. — Blackwall avait observé chez deux de ses malades un malaise de la vessie qui faisait naître un irrésistible besoin d'uriner. Je n'ai observé quelque chose d'analogue que chez le jeune M..., qui, à la fin de deux attaques, réclama mon aide pour pouvoir uriner. Les urines ont toujours eu une limpidité parfaite.

Début. — Aucune crise n'a débuté pendant la nuit. L'Angine est survenue brusquement, au milieu des occupations ordinaires du bord. Après quelques instants de repos, la douleur disparaissait, le malade se sentait aussi dispos qu'auparavant ; mais s'il s'agitait trop, s'il mangeait malgré mes recommandations, la crise reparaissait alors aussi bien la nuit que le jour. Après quelques jours il vaquait à ses occupations ordinaires, sans éprouver de tristesse ou d'inquiétude.

Récidives. — La récidive a été très prompte chez trois de mes malades. Cette nouvelle attaque fut moins forte, il est vrai, que la première, et plus facile à calmer. Mais indépendamment de ces récidives, je dirai que trois d'entre eux ont été de nouveau atteints au voisinage des Açores, un mois après avoir éprouvé les premières atteintes du mal. Une seule de ces rechutes s'est montrée la nuit. Je n'ai point observé d'intermittence ou de régularité entre les accès.

Durée et terminaison. — Je n'ai gardé pendant quelque temps sous mes yeux que le matelot qui fut atteint le premier ; il resta encore huit mois à bord sans que le paroxysme se renouvelât ; les autres débarquèrent un mois et demi après la première atteinte de sternalgie. Pendant ce court intervalle, trois de nos hommes ont eu une nouvelle attaque. En ont-ils eu depuis ? Je l'ignore, les ayant complétement perdus de vue, mais je ne le crois pas, en songeant au genre de causes qui selon moi avaient déterminé la maladie ; un heureux changement dans la constitution générale, un séjour dans un pays plus chaud, l'abandon d'un état qui prédisposait à la réapparition de la maladie, un équilibre parfait rétabli par une nourriture tonique, entre le système nerveux et le système sanguin, telles sont les causes qui ont dû amener une terminaison favorable.

Deux d'entre eux ont eu à la fin de l attaque des douleurs aiguës aux testicules non accompagnées toutefois de gonflement ; mais est-ce bien là un mode de terminaison, ou, comme le prétend M. Lartigue, une sorte de métastase de cette affection ? Cela me semble difficile à croire et plus encore à expliquer, car si d'une part, on songe à la fréquence de l'orchite spontanée et de l'autre au petit nombre de celles observées à la suite de l'Angine de Poitrine, il paraîtra difficile qu'une orchite puisse être une terminaison normale d'une affection d'une nature si différente.

Notre arrivée en France, en amenant les modifications les plus salutaires à la santé de l'équipage : vivres réparateurs, sommeil

tranquille, abri contre l'humidité, joie de retrouver parents, amis, patrie, devait faire disparaître toute cause de récidive ; mais il n'est pas douteux que si nous eussions navigué plus longtemps, l'influence morbifique se serait fait sentir de nouveau, et alors nous aurions eu de grandes pertes à déplorer.

Ces Angines de Poitrine dépendant surtout d'un appauvrissement du sang, étaient moins dangereuses que toute autre, et ce serait surtout à cette classe qu'on pourrait rapporter ces paroles de Laënnec : « L'Angine de Poitrine, à un léger ou médiocre degré, est une affection très commune, et existe souvent chez des sujets qui n'ont aucune affection organique du cœur et des gros vaisseaux. » Son peu de gravité s'explique encore mieux en songeant qu'aucun de mes hommes n'était rhumatisant ou goutteux, et ne présentait de maladie des organes de la circulation.

Je dois dire quelques mots d'un symptôme que M. Desportes regarde comme mortel, et que j'ai observé chez deux de mes malades. Je veux parler des vomissements au déclin de l'accès. Je ne partage point en cela l'opinion du célèbre auteur. Ce n'est pour moi qu'un symptôme douloureux de plus ; il indique l'extension de la névralgie à une partie du pneumo-gastrique ; mais ce n'est pas de ce côté que réside le danger ; là, ne sont point les sources de la vie. C'est une mauvaise condition de plus pour le malade, un affaiblissement plus grand après l'accès, mais voilà tout. Ajoutons que dans bien des observations mortelles on ne les a point observés, et que par contre, on les a rencontrés dans plusieurs cas qui se sont terminés heureusement.

Je crois avoir clairement établi que ce sont bien des Angines de Poitrine que j'ai traitées à bord de l'*Embuscade*. Quiconque aurait été témoin des souffrances navrantes de ces malheureux, eût reconnu que le mal était trop grave et mettait trop bien leur vie en danger pour prétendre que c'était là une névralgie ordinaire. Les principaux symptômes caractéristiques se sont tous montrés. Qu'importent quelques phénomènes accessoires dus au lieu, aux conditions, aux causes du mal, ils n'ont fait qu'imprimer à l'affection des modifications légères sans altérer le cachet qui lui est propre.

Au résumé, l'influence des climats, l'humidité et les grands vents provoquèrent ces nombreux cas d'*Angor* ; les lavages faits avec des torrents d'eau de mer jetés tous les matins sur le pont et dans l'en-

trepont (j'avais vainement demandé au Commandant de nous en affranchir) devaient aussi les favoriser. L'eau de mer absorbée par le bois, les parois du navire et le calfatage, sèche en effet bien moins vite que l'eau de pluie. L'atmosphère de la batterie où les sabords étaient hermétiquement fermés à cause des gros temps était lourde, méphitique, humide et constamment imprégnée de fumée de tabac. Enfin la plupart de ces matelots épuisés par la colique végétale fumaient et chiquaient avec acharnement. Voilà les prédispositions anti-hygiéniques qui, jointes aux maladies antérieures, ont dû favoriser l'apparition du mal et qui l'ont fait naître, du reste, dans des circonstances analogues, ainsi que l'a écrit le professeur Fonssagrives.

A proprement parler et dans le sens rigoureux du mot, ce ne fut point là sans doute une épidémie ; j'ai eu tort peut-être dans l'enthousiasme de la jeunesse et entraîné par cette simultanéité de cas d'*Angor*, de me servir de cette expression, mais elle seule cependant peut dépeindre fidèlement l'aspect de la maladie frappant si douloureusement et si rapidement tant de braves gens !

CHAPITRE IV

—

PATHOGÉNIE DE L'ANGINE DE POITRINE

L'étude laborieuse que nous venons de faire des causes de l'*Angor* était nécessaire pour jeter quelque clarté sur la partie restée la plus obscure de l'histoire de l'Angine de Poitrine, SA NATURE ; vérité que M. Jaccoud (1) a si bien reconnue par ces paroles que nous nous plaisons à reproduire : « Cette maladie, l'une des plus simples au point de vue de ses phénomènes et de son diagnostic, au point de vue clinique en un mot, est l'une des plus obscures ou plutôt l'une des plus obscurcies au point de vue pathologique. » Le nombre et la variété de ses causes font déjà pressentir que cette affection est un syndrôme commun à beaucoup de maladies, aussi rien n'est plus juste que la remarque de M. Huchard : « Il n'y a pas une Angine mais bien des Angines de Poitrine. »

Frappés de la violence de la douleur et de la rapidité de la mort qu'elle occasionne si souvent, les premiers praticiens qui l'observèrent, cherchèrent, tout en la confondant avec l'asthme ou une maladie du cœur, à expliquer, le scalpel à la main, son influence fatale.

Depuis Sauvage, qui dans sa Nosologie médicale écrivait : « Ces malades meurent le plus souvent subitement parce que la veine pulmonaire trop distendue se crève tout à coup », que d'opinions reposant sur un fait isolé ont été édifiées sur cette base variable de l'anatomie pathologique, chacun invoquant des désordres organiques différents afin d'expliquer l'origine du mal et se préoccupant surtout de combattre la théorie de ses devanciers pour avoir la gloire d'en présenter une nouvelle !

(1) Jaccoud. — *Dict. de méd. et de chir. pratiques.* Art. Ang. de Poit., t. II, p. 430.

Jetons d'abord un rapide coup d'œil sur les théories anciennes, nous nous occuperons ensuite de celles qui sont plus récentes.

Théories anciennes.— L'étude pathogénique de l'Angine de Poitrine présente ceci de remarquable, que généralement les médecins d'un même pays ont adopté la même théorie, en sorte qu'on peut reconnaître quatre opinions différentes émises par les écoles anglaise, allemande, italienne et française ; nous les énumérerons rapidement ici pour compléter notre étude historique avant de les discuter en détail un peu plus loin.

1° *Ecole Italienne.* — D'après elle, l'Angine de Poitrine était occasionnée par la compression du cœur, nous nous en occuperons en premier lieu comme la moins importante.

Cette idée de la compression du cœur avait été également invoquée par Rougnon, de Besançon, qui avait dans l'autopsie d'un M. Charles, mort de sternalgie, remarqué l'ossification des cartilages costaux et un anévrysme du ventricule droit, mais n'avait pas tenu compte de cette dernière altération suffisante cependant pour expliquer les troubles cardiaques ; il attribua la mort à la compression du cœur par les cartilages immobilisés.

Hayghart ayant eu à traiter un abcès du médiastin et ayant observé quelques symptômes analogues à ceux de l'*Angor*, n'hésita pas à déclarer que la compression du cœur par un épanchement de pus dans le médiastin ou d'eau dans le péricarde occasionnait ce mal.

Cette idée de compression domine encore dans l'explication que Fothergill donne de l'Angine de Poitrine. Ayant eu à faire l'autopsie de quelques sujets, il observa chez eux une grande quantité de graisse accumulée dans le médiastin, le péricarde et l'épiploon et il pensa que cette graisse agglomérée devait gêner le cœur, paralyser ses mouvements et favoriser l'apparition de la sternalgie.

Enfin tous les médecins italiens du commencement de ce siècle attribuèrent l'*Angor* à la compression du cœur par un foie d'un volume exagéré.

2° *Ecole Anglaise.* — Pour elle, l'*Angor Pectoris* est la conséquence d'une lésion du cœur, de l'aorte ou des artères coronaires. Jenner parle le premier de l'ossification de ces dernières. Parry adopta cette théorie et, dans trois observations particulières, chercha à lui donner plus de certitude. Il soutint que le lien inextensible

formé autour du cœur par ce cercle artériel ayant une certaine rigidité, détermine la suspension de ses battements, de l'angoisse, une crainte vive et enfin une douleur aiguë allant jusqu'à la syncope.

Wall trouva une nouvelle cause de cette maladie dans l'ossification du cœur et l'induration des valvules par des dépôts fibreux ou calcaires.

Baumes adopta en France cette théorie, et devançant l'école iatrochimique de nos jours, il conseilla l'usage de l'acide phosphorique en limonade pour faire dissoudre les ossifications des artères coronaires, des valvules et même des cartilages costaux sans craindre cependant de provoquer, comme on le lui objectait, le ramollissement général des os du squelette.

Pinel (1821), Raige-Delorme (1833) se rallient en France à cette théorie adoptée déjà en Angleterre par Stokes, Parry, Kreysig et la plupart des médecins de ce pays. L'autopsie du célèbre sculpteur Thorwalsen, mort subitement d'Angine de Poitrine et chez qui on trouva une embolie de la coronaire antérieure, lui donna avec l'appui de Virchow, en Allemagne, une autorité encore plus grande.

John Forbes, éminent praticien anglais, est plus éclectique ; il reconnaît par ordre de fréquence comme causes d'Angines de Poitrine : les lésions organiques du cœur, l'ossification et la dilatation de l'aorte, l'ossification et l'athérome des coronaires, l'hypertrophie et la dégénérescence graisseuse du cœur, l'adhérence des deux feuillets du péricarde, les abcès du médiastin, l'hydrothorax, les lésions pulmonaires, et enfin, le rhumatisme et la goutte. Forbes était un éclectique, on le voit, mais un éclectique plein de sagesse et qui côtoyait de bien près la vérité comme nous le démontrerons plus tard.

3° *Ecole Allemande.* — D'après elle, l'Angine de Poitrine était une métastase goutteuse.

A de rares exceptions près, les médecins allemands considèrent cette maladie comme une métastase goutteuse se fixant tantôt sur le diaphragme, tantôt sur l'estomac, tantôt sur le cœur lui-même. Pour Elsner, Darwin, Schmidt, Butter, Scheffer, la diathèse rhumatismale ou la goutte sont les vraies causes de l'Angine de Poitrine et quand on rencontre chez les malades des lésions organiques, ce n'est qu'une simple coïncidence.

4° *Ecole Française.* — Nous en arrivons ensuite à une théorie qui

a rallié la plupart des médecins français, la *théorie nerveuse.* Baumes, le premier, considère l'Angine de Poitrine comme appartenant à la classe des névralgies et propose de lui donner le nom d'asthme nerveux ou de sternalgie. Il croit en outre que la décomposition subite du sang doit réveiller les paroxysmes en enlevant à ce liquide le stimulus nécessaire à l'action régulière du cœur. M. Desportes s'appuyant sur l'apparition subite de la douleur, son caractère lancinant, sa disparition instantanée, le calme qui lui succède, son siège correspondant au trajet des filets nerveux et enfin sur l'absence fréquente de lésions anatomiques, rattache aussi l'Angine de Poitrine aux névralgies ; d'après lui, lorsque les organes voisins sont dans un état parfait d'intégrité, le mal est dans sa première période et l'*Angor* est simple ; s'altèrent-ils à la longue, l'*Angor* est compliqué et présente des symptômes multiples occasionnés par les désordres anatomiques résultant de la violence des attaques. C'est ce qui constitue la seconde période du mal. Pour Desportes, c'est le plexus cardiaque qui en est le foyer primitif ; les plexus pulmonaires ne sont atteints que secondairement. La maladie est essentielle dans le premier cas, symptomatique dans le second.

La théorie de Jurine est à peu près la même que celle de Desportes ; il y ajoute la faiblesse des poumons qui diminue la facilité d'oxygénation du sang et en altère les qualités stimulantes et nutritives, mais cette dernière opinion n'est pas exacte ; un angineux ne meurt pas lentement comme un asphyxié ; chez lui, c'est le cœur et non le poumon qui s'éteint le premier ; la mort est foudroyante au lieu d'être progressive, enfin ce manque d'oxygénation du sang n'existe pas en réalité, excepté dans le cas d'asphyxie par les vapeurs du charbon.

Monneret et Fleury, Bretonneau, Laënnec, Gintrac père et Fonssagrives adoptent les idées de Desportes et font un pas en avant en localisant la douleur dans le plexus cardiaque.

D'autres praticiens prétendirent que la douleur prend naissance dans des nerfs éloignés de ce plexus. Ainsi pour Piorry, l'*Angor Pectoris* est dû à une névralgie du plexus cervical, du plexus brachial, mais le plus souvent du nerf cubital, tandis que pour Bouillaud, les nerfs atteints à l'origine sont les intercostaux et les phréniques d'où les douleurs s'irradieraient par des anastomoses au plexus cervical et brachial et au pneumo-gastrique.

Pour Laënnec, le siège varie ; s'il y a douleur à la fois au cœur et aux poumons, c'est que le pneumo-gastrique est le siège principal de la maladie ; quand il n'existe qu'une douleur sternale sans oppression, sans gêne de la respiration, le mal n'occupe que les filets fournis au cœur par le grand sympathique ; Piorry invoque les anastomoses d'autres filets nerveux avec ceux du foyer du mal, et c'est par la participation à la douleur des nerfs du plexus brachial (surtout du cubital), des thoraciques antérieurs et parfois du plexus lombaire et sacré, qu'il explique les douleurs lointaines apparaissant au bras, à la cuisse et à la jambe.

Jusqu'à présent, les médecins français dont nous venons de parler, font de l'Angine de Poitrine une névralgie primitive, essentielle, mais d'autres, Gintrac fils, Corrigan, Trousseau, Axenfeld, Parrot, croient qu'en certains cas, elle est une névralgie secondaire, symptomatique d'une altération de l'aorte, du cœur ou des coronaires, altération dont l'importance varie selon les auteurs.

Pour Bouchut, l'*Angor* est *une névrose* douloureuse du plexus cardiaque et du pneumo-gastrique ; d'après lui, les lésions du cœur et des vaisseaux n'occupent comme cause que le second rang. Lartigue est du même avis ; il place le siège de l'*Angor* dans les nerfs cardiaques ; parfois encore, il occupe, dit-il, le pneumo-gastrique isolément, mais le plus souvent ces deux sortes de nerfs sont envahis. « Comme dans les névralgies internes, ajoute-t-il, le malade se concentre en lui-même, il sent l'imminence du péril, il en a l'intuition profonde, et cette douleur a selon lui quelque *chose de moral.* » Forbes avait exprimé la même pensée par un mot encore plus heureux, en disant qu'il y a dans la douleur de l'Angine de Poitrine quelque chose de *mental* qui la distingue des névralgies qui ont leur siège dans les autres parties du corps.

Contentons-nous de citer en passant l'opinion de Beau ; il pensait que dans cette maladie, le cœur est frappé d'asystolie et qu'il est distendu par le sang ; celui-ci le traversant difficilement, le grand moteur de l'économie se fatigue et devient douloureux ; et c'est alors que des nerfs cardiaques, l'algie s'étend dans le thorax, le cou, les membres thoraciques ; mais, est-il besoin de le dire, il y a plus que de l'asystolie ou de la dystolie dans l'Angine, et quelle différence dans l'agonie de ces deux genres de malades !

Après ce coup d'œil d'ensemble jeté sur les opinions médicales les plus importantes émises jusqu'à ces dernières années sur la nature

de l'*Angor* et avant de passer à l'examen des théories modernes, si nombreuses, hélas, recueillons-nous un moment et cherchons à bien élucider cette question de la nature du mal que nous étudions, à la préciser, à la bien comprendre, rien n'étant plus complexe au fond que ce mot *nature* ou pour parler didactiquement, de *Pathogénie*, inscrit en tête de ce chapitre.

Quel est le symptôme essentiel, caractéristique, fondamental de l'Angine de Poitrine, son *criterium* particulier se retrouvant dans tous les cas, dans toutes les observations recueillies jusqu'ici ? Quelle est l'image qui *sautant aux yeux* des médecins, les font s'écrier sans hésitation, sans crainte de se tromper : « C'est une Angine de Poitrine ?... » C'est la douleur aiguë qui survient derrière le sternum, sous cet os et parfois en plein cœur, douleur que chaque malade compare tantôt à un étau, un poignard, un couteau, un coup d'épée, à des griffes d'acier, tantôt à un resserrement violent. C'est en second lieu, un état d'angoisse inexprimable et enfin la conviction ou le pressentiment d'une fin prochaine dont il fait part à son entourage.

Qu'on appelle cette douleur Sternalgie, Sternocardie, accès, attaque, crise d'*Angor*, peu nous importe le mot !... la douleur, voilà le criterium de l'*Angor*, et celui qui pourra expliquer sa naissance, ses causes, ses irradiations, les altérations qui l'accompagnent, aura expliqué sa nature. C'est là, *la dominante;* sans la douleur vivement accusée, nettement tranchée, point d'Angine de Poitrine, quoi qu'en disent M. R.-J. Graves et M. Bernheim qui rapportent, le premier trois cas d'Angine de Poitrine sans angine, et le second, un cas d'*Angor Pectoris* sans douleur.

Les autres symptômes peuvent faire défaut ou accompagner d'autres maladies, peu nous importe. Ce sont des *variantes* de l'affection ; leur présence n'est pas essentielle, ce sont des accessoires. Occupons-nous donc de cette douleur et cherchons d'abord quel est son *foyer principal.*

L'expérience nous le montre constamment dans le deuxième espace intercostal gauche, sur le bord gauche du sternum. Or, c'est dans cet espace, au-dessus de la branche droite de l'artère pulmonaire, à droite du cordon succédant au canal artériel oblitéré, et au-dessus de la partie horizontale et ascendante de l'aorte que nous trouvons le plexus cardiaque ; et comme toute algie doit se rappor-

ter à l'état de souffrance d'un filet nerveux, examinons brièvement les nerfs qui constituent ce plexus et se distribuent au cœur.

Ils viennent de deux sources : du pneumo-gastrique et de la portion cervicale du grand sympathique. Les branches cardiaques fournies par le pneumo-gastrique sont généralement au nombre de trois de chaque côté, dont les unes se placent au devant de la crosse aortique et les autres sur le côté pour atteindre le plexus cardiaque. Dans leur trajet, ces diverses branches s'anastomosent entre elles et avec de nombreux filets émanés du système nerveux ganglionnaire. Les nerfs qui viennent de la portion cervicale du grand sympathique sont aussi au nombre de trois de chaque côté et vont constituer le plexus cardiaque où ils se mêlent intimement avec les précédents. Nous devons mentionner encore les rameaux découverts par Cyon, chez le lapin, admis physiologiquement chez l'homme et qui seraient l'un centripète et l'autre centrifuge.

Le plexus formé par l'union intime et la fusion de ces diverses branches renferme à son centre une sorte de ganglion connu sous le nom de ganglion de Wrisberg ; au lieu d'un seul ganglion on en trouve quelquefois deux ou trois moins volumineux. De ce plexus, c'est-à-dire de ce *centre nerveux*, rayonnent de tous côtés des filets extrêmement tenus, communiquant en arrière et sur les côtés avec les plexus pulmonaires antérieurs venant des pneumo-gastriques, en bas avec l'aorte et l'artère pulmonaire qu'ils entourent en avant, au milieu et en arrière de ces vaisseaux, en formant à leur tour des petits plexus antérieur, moyen et postérieur ou profond. Le plexus cardiaque gauche ou antérieur suit le trajet de l'artère coronaire antérieure en fournissant des filets supérieurs auriculaires et des filets inférieurs ou ventriculaires, en plus grande quantité pour le ventricule gauche. Le plexus cardiaque droit ou postérieur suit le trajet de l'artère coronaire postérieure, en fournissant aussi des rameaux auriculaires et ventriculaires, surtout au ventricule droit. Aux extrémités de ces artères, on voit ces filets s'écarter manifestement de la branche artérielle qui leur servait de support et plonger presque perpendiculairement dans le tissu musculaire du cœur où ils pénètrent ; ajoutons que Bidder, Ludwig et Remack ont observé sur le trajet de ces derniers des petits ganglions placés, celui de Bidder au niveau de la valvule mitrale, celui de Ludwig dans la cloison inter-auriculaire, celui de Remack près de l'embouchure de la veine-cave inférieure.

En vérité, cette fusion intime entre des filets nerveux d'origine différente, cette multiplicité de centres d'action constitués par des ganglions aussi nombreux pour un organe d'aussi peu d'étendue que le cœur, ne font-elles pas déjà pressentir que la plus légère altération de ces filets, le moindre trouble dans les fonctions qu'ils remplissent devront produire les effets les plus fâcheux et des perturbations qui, en réagissant sur l'organe moteur de la circulation, mettront en peu d'instants la vie en péril ?

Oui, c'est bien dans le cœur, c'est bien dans son plexus nerveux que se produit cette douleur lancinante, constrictive, angoissante, qui ne ressemble à aucune autre douleur produite dans les nerfs périphériques. On a dit que cet organe, aussi bien que l'utérus, n'est pas sensible, qu'on peut le pincer, le dilacérer sans produire de la souffrance, cela peut être vrai physiologiquement parlant, mais quand le cœur, comme l'utérus, le foie, l'estomac, la rate, sont dans un état maladif, le malaise qu'ils ressentent se traduit par des douleurs et par des douleurs d'autant plus vives que cet organe occupe une place plus importante dans les rouages de la vie. La douleur siège donc bien dans le plexus cardiaque et c'est bien là son foyer principal ; peu à peu elle en rayonne et s'irradie au loin, mais la douleur au cœur domine toujours la scène et sans elle, quoiqu'on en ait dit, pas d'Angine de Poitrine. Si pendant l'accès, on presse avec le doigt, mais loin du sternum, sur les deuxième, troisième, quatrième, cinquième espaces intercostaux, on n'augmente pas la douleur, tandis qu'on l'exaspère de plus en plus à mesure qu'on s'en rapproche, principalement dans le troisième espace intercostal, près du sternum ; enfin la souffrance devient horrible quand on appuie sur la partie interne du second espace ou sur le bord correspondant du sternum.

Quel est le rôle particulier dévolu à chacun des éléments nerveux constituant le plexus cardiaque ? C'est ce que nous examinerons avec soin en traitant un peu plus loin de la Pathogénie de l'Angine de Poitrine organique. Contentons-nous pour le moment de dire en nous appuyant sur la description que nous venons de faire du foyer de l'*Angor*, sur la rapidité de l'apparition et de la disparition de la douleur, sur sa violence, l'absence de lésions qui accompagnent certaines variétés, et son remplacement par d'autres douleurs névralgiques que, dans un grand nombre de cas, l'*Angor est d'origine névralgique*.

Les détails anatomiques et physiologiques dans lesquels nous venons d'entrer, démontrent donc bien cette première proposition :

1° **Il y a une Angine de Poitrine Névralgique,** ayant pour centre le plexus cardiaque.

Comme les autres névralgies, cette sorte d'Angine, indépendamment de son foyer principal, a des foyers ou des irradiations secondaires.

Nous venons de dire que le pneumo-gastrique est *principalement atteint* dans la sternalgie, mais il n'est pas *seul atteint* et le plexus cardiaque présente une fusion trop intime des filets du grand sympathique et du nerf vague pour que les premiers ne participent pas à la névralgie des seconds. Nous discuterons plus loin le degré de participation du grand sympathique aux troubles nerveux de l'*Angor*.

Dans la plupart des cas, *l'algie débute dans le plexus cardiaque, mais quelquefois elle part de points éloignés du cœur pour rayonner vers le plexus cardiaque.*

Beaucoup d'auteurs ont reconnu, en effet, que les névralgies voisines faisaient naître l'Angine de Poitrine, et ce réveil de sympathie douloureuse est une nouvelle preuve de l'existence d'un *Angor* névralgique.

Piorry (1) ne pensait-il pas « que le plus souvent les symptômes dits « Angine de Poitrine » consistent dans une névralgie des nerfs thoraciques, du plexus brachial et du nerf cubital ? »

Valleix (2) n'a-t-il pas écrit « que dans quelques circonstances l'Angine de Poitrine paraît liée à une névralgie intercostale du côté gauche et même du côté droit ? »

Cahen (3) ne dit-il pas « qu'il est hors de doute que dans l'Angine de Poitrine il existe une névralgie des nerfs rachidiens, mais que la névralgie intercostale simple et la névralgie brachiale ne s'accompagnent pas habituellement des accidents graves de l'Angine de Poitrine ? »

On la voit, mais plus rarement, succéder à des névralgies lointaines ; nous en avons donné des exemples, et Desportes lui-même cite

(1) Piorry. — Bulletin clinique n° 9.

(2) Valleix. — Traité des névralgies, p. 416.

(3) Cahen. — Névroses motrices. *Arch. de Méd.*, t. II, 6e série 1863.

un malade, blessé à la cuisse gauche d'un coup de feu, qui eut à la suite des accès d'Angine de Poitrine.

Les Angines de Poitrine d'origine non traumatique peuvent, avons-nous dit, être essentielles ou succéder à d'autres névralgies.

L'Angine de Poitrine *névralgique essentielle* est caractérisée par une apparition soudaine et violente de la douleur, sans qu'aucune cause apparente, aucune lésion appréciable du cœur ou des gros vaisseaux, aucune diathèse, aucun élément toxique puissent être reconnus. Un calme subit succède à la tempête ; le mal disparaît comme il s'est manifesté, comme un éclair, parfois foudroyant, et ne se reproduit plus. C'est bien alors une névralgie essentielle, sans cause évidente, sans trace de son passage, c'est bien par excellence la *névralgie du cœur*. Beaucoup d'auteurs la reconnaissent encore et en ont donné des exemples, et bien qu'on accuse ceux qui les citent de n'avoir pas suffisamment examiné les artères coronaires, l'état du cœur et celui du plexus cardiaque, bien que depuis les travaux des auteurs modernes, on sache que souvent une aortite insoupçonnée et existant cependant réellement, quoique discrète, peut occasionner des accès d'*Angor* essentiel en apparence, bien qu'avec des études plus approfondies, leur nombre soit devenu de plus en plus restreint, nous croyons à l'existence d'une Angine essentielle, c'est-à-dire sans cause matérielle évidente.

Nous en avons cité des exemples, ajoutons-en un encore, cité par M. Péter, comme exemple-type de la névralgie cardiaque, et méritant bien, d'après nous, d'être mis au nombre des cas d'Angine de Poitrine essentielle.

OBSERVATION CCXXXI
(ABRÉGÉE)

(M. Péter. — Traité des maladies du cœur, 1883, p. 690 et 691)

M. G. Sée demanda le concours de M. Péter pour une personne de sa famille ressentant en plein cœur les angoisses de l'*Angor ;* il y avait en même temps : ralentissement et irrégularité du pouls, de 36 à 40 à la minute avec des intermittences. Pâleur excessive, lypothimie, la malade, en proie à de la dyspnée, était dans un véritable état de jactitation.

Le bromure de potassium et les injections de morphine n'avaient amené aucun soulagement. « M. Péter, tenant compte de la rapidité comme de l'intensité des symptômes, s'autorisant des résultats heureux obtenus dans sa pratique par une déplétion sanguine, conseilla l'application immédiate de six sangsues à la région préaortique, ce que M. G. Sée accepta à la condition que son ami les appliquerait lui-même, ce qui fut fait ; aussitôt la malade se sentit soulagée, le pouls se releva et se régularisa à 70. On laissa couler le sang longtemps ; il n'y

eut plus qu'un peu de dyspnée et de l'abattement ; les douleurs ne se reproduisirent plus que fort atténuées et le lendemain matin, un vésicatoire volant fut appliqué au niveau du plexus cardiaque. Les jours suivants il n'y eut plus que de l'endolorissement, de la pâleur, de l'oppression et du dégoût pour les aliments. Les choses étaient ainsi quand, cinq jours après l'attaque d'Angine de Poitrine sous l'influence de l'émotion que la jeune malade éprouva au retour d'un parent qu'elle chérissait, elle eut une violente attaque d'éclampsie qui dura quelques minutes.

Le rétablissement fut lent, l'anorexie persista longtemps, mais sept ans s'écoulèrent sans que la jeune dame ait eu d'attaque d'angine ni d'éclampsie ; le cœur et l'aorte étaient et sont absolument sains.

J'espère qu'ici on ne dira pas qu'une aortite ou toute autre cause cachée a pu donner naissance à l'*Angor* ; un intervalle de parfaite tranquillité et d'excellente santé pendant sept ans démontre bien que l'affection est essentielle.

Nous avons rattaché l'*Angine de Poitrine chez les femmes nouvellement accouchées* à l'Angine de Poitrine névralgique et par cause traumatique, quoique ce ne soit pas là l'opinion du Dr Armaingaud, l'heureux auteur de leur découverte, ni celle du Dr Liégeois.

Voici comment M. Armaingaud cherche à en expliquer, ingénieusement du reste, la cause et la marche. D'après lui, « il se produit dans la période préparatoire qui précède de quelques jours ou même de quelques semaines les accès, un travail pathologique dont l'impression vague transmise au cerveau par les filets centripètes du grand sympathique donne lieu à des idées tristes, d'un caractère toujours identique et en rapport avec celui de la douleur qu'on a si heureusement caractérisée en disant qu'elle avait quelque chose de *mental* ou de *moral.* »

Le Dr Armaingaud se demande de plus si l'*Angor Pectoris* ne serait pas dans ce cas une forme larvée de l'éclampsie, en un mot, si cette névralgie du plexus cardiaque, d'origine réflexe d'après lui, n'aurait pas son point de départ dans l'utérus, si fortement impressionné chez la femme récemment accouchée ?

C'est un pas en avant fait vers notre opinion rattachant cette variété d'*Angor* à l'*Angor Pectoris* névralgique et de forme traumatique. La terminaison grave de l'affection est un argument de plus en notre faveur et opposé à l'opinion qui la fait considérer comme une *Angine* par pure action réflexe. Cette dernière, en effet, ainsi que nous le verrons plus loin, est rarement suivie de mort, tandis que cette ma-

ladie des nouvelles accouchées, malgré l'absence de lésions graves, se termine souvent d'une manière fatale.

Nous croyons donc plus naturel, plus vrai et plus simple de regarder, dans ce cas, l'*Angor* comme le résultat de la blessure ou de l'irritation inflammatoire, hypéresthésique, des nerfs de l'utérus succédant à l'accouchement ou déterminée par lui. L'attaque surviendrait dans ce cas, de la même manière qu'un accès d'épilepsie après l'opération de l'emphysème, après une blessure du nerf cubital ou du nerf médian, ou après une inflammation de la vessie causée par une pierre rugueuse blessant, par ses aspérités, les parois de cet organe. Nous penchons tout à fait vers cette opinion qui fait jouer au traumatisme un rôle prépondérant justifié par cette analogie. Et remarquons combien le cœur des femmes sur le point d'accoucher offre un terrain bien préparé pour la maladie. Depuis Larcher (1) on reconnaît que le cœur est normalement hypertrophié pendant le cours de la gestation : cette opinion a été confirmée par les recherches de Beau et Ducrest (2), par la mensuration de Zambaco et Béraud, par les pesées de Blot (3), par la percussion de Durosiez (4). Cet organe subit en outre un certain degré de dilatation (Pitres) (5). Bernheim (6) rapporte dans ses cliniques plusieurs cas d'hypertrophie et de dilatation cardiaque sans lésions valvulaires ne reconnaissant pas d'autre cause que des grossesses multipliées.

Des changements aussi considérables doivent provoquer à la longue une cardiopathie qui, au lieu d'être mensuelle et accompagnant les règles comme cela avait lieu antérieurement, devient persistante et est l'avant-coureur de ce qu'on a nommé l'état puerpéral.

Le sang, en effet, pendant cette époque de la vie de la femme, roule en plus grande quantité, s'accumule, menaçant de se porter en divers endroits ; d'autre part, le fœtus, par son contact sur la muqueuse utérine, par ses brusques mouvements, provoque une irritation plus ou moins intense contre laquelle le cœur tend sans cesse

(1) Larcher. — De l'hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse. *Arch. gén. de Méd.*, t. XIII, p. 291, 1859.

(2) Beau. — Nouvelles recherches sur le bruit des artères. *Arch. gén. de Méd.*, t. X, p. 29, 1846.

(3) Blot. — Traité de l'art de l'accouchement, 7e édition, Paris 1865, p. 133.

(4) Durosiez. — *Gazette des Hôpitaux* 1868, p. 415.

(5) Pitres. — Des hypertrophies et des dilatations cardiaques, thèse d'agrég. 1878.

(6) Bernheim. — Leçons de clinique médicale. Paris 1875.

à réagir. Cet état de tension perpétuelle du cœur pendant la grossesse explique bien pourquoi le pouls a toujours plus d'ampleur, est plus vibrant chez la femme enceinte (Cazeaux), pourquoi aussi de violentes palpitations annoncent souvent le début de la grossesse.

Or, ces troubles cardiaques, cette irritation de l'utérus étant de plus en plus développés à mesure que la fin de la grossesse arrive, il n'est point étonnant qu'un état cardiopathique aigu excessif (Angine de Poitrine) se révèle brusquement, quand, à tant de causes de troubles dynamiques, vient s'ajouter l'ébranlement occasionné par l'accouchement, période de souffrances terribles, de larmes, de douleurs atroces qui mettent en jeu la sensibilité du cœur et finissent par l'épuiser. Ce qui nous étonne, c'est que cette complication de la cardiopathie gravide ne se présente pas plus souvent.

Nous devons faire remarquer que le domaine de l'*Angine de Poitrine névralgique*, quoique bien diminué aujourd'hui, est encore considérable et ne se borne pas aux variétés que nous venons de décrire. La névralgie cardiaque peut seule, en effet, expliquer, d'après M. Liégeois (1), dont nous partageons l'opinion, l'apparition de l'Angine de Poitrine,

« 1° Dans certaines affections compressives des vaisseaux du cœur et du médiastin ;

« 2° Chez quelques diathésiques indemnes de lésions cardio-aortiques ;

« 3° Chez quelques nerveux, } également indemnes des mêmes
« 4° Chez quelques intoxiqués, } lésions. »

Voici, du reste, fidèlement transcrits, les arguments de M. Liégeois à l'appui de cette classification étiologique :

1° Dans certaines affections compressives des vaisseaux du cœur et du médiastin.

« Elie Gintrac (2) qui n'avait pu se rendre compte des lésions des nerfs du cœur chez les angineux par dilatation aortique, pensait que « très probablement les nerfs du plexus cardiaque sont affectés et sont les agents de cette douleur si violente que les malades expriment. » Corrigan se rangea à cette opinion (3).

« Lartigue (4) qui, nous l'avons déjà dit, croit aussi sans l'avoir jamais pu

(1) Liégeois. — Mém. cité.
(2) Elie Gintrac. — Loc. cit.
(3) Corrigan. — Loc. cit.
(4) Lartigue. — Loc. cit.

constater anatomiquement, à la névrite cardiaque, a soin d'ajouter : « dans les cas où l'aortite amène une dilatation plus ou moins considérable d'un ou de plusieurs points de l'aorte, il ne me répugne nullement d'admettre que les dernières ramifications des nerfs cardiaques qui, précisément se portent en assez grand nombre à l'origine de ce vaisseau, se trouvent soumises à des tiraillements capables d'y faire éclater des douleurs névralgiques. Ce qui se produit alors est analogue à ce qu'on observe dans l'anévrysme de l'artère poplitée, qui détermine quelquefois des tiraillements nerveux simulant une sciatique. »

« M. J. Bucquoy (1) a soutenu de nouveau cette opinion avec toute l'autorité qui s'attache à son nom de cardiopathologiste distingué ; pour lui, les douleurs du cœur que l'on rencontre dans les lésions qui intéressent l'orifice aortique ou à son origine (dilatation, anévrysme) résulteraient du voisinage de la lésion et des intimes connexions de l'organe lésé avec le plexus cardiaque et seraient, par le fait, une *névrose douloureuse du plexus cardiaque.*

Ces auteurs ne reconnaissent, parmi les angines aortiques, ce mécanisme qu'aux angines par dilatation de l'aorte, celles-ci donnant lieu à la névralgie cardiaque comme l'anévrysme de l'aorte abdominale aux crises gastralgiques, aux douleurs sciatiques, etc..., ce qui revient à dire que toutes les autres angines aortiques (et celle-ci n'y fait pas exception absolue parce que cette douleur compressive me paraît être plutôt une douleur surajoutée) reconnaissent un autre mécanisme , celui de l'ischémie ou bien celui de la névrite, car Cardarelli (2) n'a convaincu personne, en rééditant une idée que Lusana avait appliquée aux artères coronaires rigides, à savoir que le simple processus d'athérome ou d'endartérite déformante avec ses plaques, ses ulcérations, peut à lui seul faire naître l'Angine. Il n'en est rien : ce processus, comme l'établissent MM. Potain et Rendu, éveille une sensation de corps étranger, voilà tout, jamais de la douleur.

» Quoi qu'il en soit, il me paraît difficile d'expliquer autrement que par une *névralgie du pneumo-gastrique,* analogue à la névralgie faciale consécutive à une tumeur intra-cranienne comprimant le trijumeau, l'angine de poitrine qu'accusait le malade de Heine, dont les nerfs cardiaque et phrénique comprimés par de petites tumeurs mélaniques, ne paraissaient pas avoir subi d'altération hypérémique ou névritique.

2° Chez quelques Diathésiques indemnes de lésions cardio-aortiques

« Les histoires incontestables d'individus ayant présenté durant leur vie, tous les symptômes caractéristiques de l'angine, sans qu'à l'autopsie on ait rencontré aucune altération anatomique à laquelle on put les rattacher, démontrent, dit Trousseau (3), que l'*Angor Pectoris* n'est pas essentiellement lié à la présence des maladies organiques. » M. L. Dreyfus-Brissac (4) dit qu'on ne saurait expliquer que par le mécanisme de la névralgie cardiaque assimilable aux né-

(1) J. Bucquoy. — Névrose douloureuse du plexus cardiaque, 1860.

(2) Cardarelli — Le mallatie nervose et funsionali del cuore, Napoli, 1882.

(3) Trousseau. — Loc. cit. t. II, p. 436.

(4) L. Dreyfus-Brissac. — Loc. cit. t. II, p. 436.

vralgies viscérales et périphériques, si fréquentes chez cette classe de diathésiques, l'angine de poitrine *des arthritiques* qui ne sont pas *en cours de rhumatisme articulaire aigu* ou en *proie à des symptômes de goutte rétrocédée*. L'angine de poitrine est une névralgie cardiaque dans la *forme abarticulaire* du *rhumatisme*. C'est encore une névralgie cardiaque dans la *forme abarticulaire* de la *goutte* indépendante de lésions du cœur ou des gros vaisseaux au même titre que les névralgies sciatiques (Sauvage, Barthez, Garrod), que la névralgie du trijumeau, des intercostaux, du cubital (Paget, Lécorché et Talamon), que les douleurs névralgiques disséminées (Lécorché). Cette névralgie cardiaque des goutteux s'accompagne parfois de manifestations du côté du diaphragme Stephen (1), W. Butler (2), Darwin (3), véritable névralgie diaphragmatique *(diaphragmatic gut)* de Schaeffer (4), de Hesse (5) et de Bergius (6). Il faut dire que l'angine de poitrine goutteuse névralgique est quelquefois liée instinctivement à l'état dyspeptique des goutteux, ce qui avait fait penser à Malcom Macqueen que l'angine de poitrine goutteuse est « une manifestation de la goutte » sur l'estomac, avec symptômes sympathiques.

L'angine de poitrine névralgique existe aussi chez les *diabétiques*, qu'ils soient arthritiques ou neurasthéniques, au même titre que la névralgie sciatique simple Marchal, de Calvi (7), Rosenstein (8), Braun (9), Hardy (10), P. Vergely (11), ou double Jules Worms (12), Raymond (13), que la névralgie des nerfs dentaires inférieurs Jules Worms (14), ou la névralgie des nerfs intercostaux Drasche (15).

» Chez les *herpétiques*, l'angine de poitrine est une névralgie au même titre que les névralgies diverses Vulpian (16), que la gastralgie, que la névralgie des espaces intercostaux et des autres régions, que la migraine névralgique, caractérisée par des douleurs lancinantes et des vomissements Bazin (17), Lance-

(1) Stephen. Loc. cit.

(2) W. Butler. Loc. cit.

(3) Darwin. Loc. cit.

(4) Schaeffer. Loc. cit.

(5) Hesse. Loc. cit.

(6) Bergius. Loc. cit.

(7) Marchal, de Calvi. Recherches sur les accidents diabétiques. Paris 1876.

(8) Rosenstein, Deutche, med. Woch, n. 51, 1876.

(9) Braun. Balnéothérapie. 3e édition.

(10) Hardy. Acad. de méd., 28 sept. 1880.

(11) P. Vergely. Ac. de méd., 22 novembre 1881.

(12) Jules Worms. Contribution à l'étude du Diabète. Des Névralgies symétriques dans le diabète. Acad. de méd. 28 sept. 1880 et *Gaz. hebd.* n. 5, p. 819, 17 déc. 1880.

(13) Raymond. *Gaz. médic.* de Paris 1881.

(14) J. Worms. Loc. cit.

(15) Drasche. Wiener medicinische Wochenschrift, janv. 1882.

(16) A. Vulpian. Clinique de la Charité. Loc. cit., p. 83.

(17) Bazin. Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les éruptions scrofuleuses parasitaires et syphilitiques. 2e édit. Paris 1868, p. 107.

reaux (1) qui ne sont point rares chez les dartreux dont le nervosisme Bazin (2), du reste, est très accentué quand on les compare aux arthritiques francs.

« L'angine de poitrine *syphilitique*, si tant est, et j'en doute, qu'il y en a une indépendante de lésions des vaisseaux du cœur, serait encore une névralgie des nerfs cardiaques à l'égal des *viscéralgies* signalées par M. Laboulbène (3) et par MM. Gros et Lancereaux (4) de la névralgie du trijumeau (Rigal), ou de la névralgie intercostale que j'ai eu occasion de rencontrer.

3° Chez quelques Nerveux indemnes de lésions cardio-aortiques.

« Parmi les faits d'angine de poitrine neurasthénique, il en est comme celui de Trousseau (p. 182), où la névralgie cardiaque peut seule être mise en cause. L'hystérique dont parle M. Bernheim (obs. xxv, p. 90) eut de l'angine de poitrine comme elle eut de la névralgie syncipitale, comme d'autres ont de la gastralgie, de l'hépatalgie, des douleurs rénales, vésicales, ovariques. Ainsi faut-il encore interpréter l'angine de poitrine caractérisée par une sensation de brûlure rétro-sternale, dont M. Bax (6) vient d'exposer la relation concernant une dame âgée qui a éprouvé de violents chagrins. Chez elle, la sensation de brûlure rétro-sternale est suivie de palpitations qui paraissent par périodes de plusieurs jours, dans l'intervalle desquelles le cœur reste calme. Mais dans les périodes de palpitations, que celles-ci existent ou non, le pouls prend une rapidité extraordinaire. A plusieurs reprises, il a battu 160, 180 et peut-être même 200 fois par minute. A ces moments, d'ailleurs, il échappe à une numération facile. L'auscultation bien attentive fait percevoir au premier temps et à la pointe, un bruit de souffle tellement léger qu'il est difficile d'admettre une lésion organique bien développée. Il n'y a du reste aucun signe général d'affection cardiaque, et depuis que le malade souffre, il ne s'est jamais produit la moindre tendance à l'asystolie. Cet état a, jusqu'à présent, été toujours très facilement calmé, quand on donne de petites quantités de digitale, de bromure de potassium ou même de valériane. En deux ou trois jours les palpitations disparaissent et le pouls tombe sans transition aucune à 80, chiffre moyen. On dirait que le nombre des pulsations normales double pendant la période de palpitations, et cela tant pour le pouls dont toutes les pulsations sont égales, que pour le cœur, où l'auscultation fait reconnaître une révolution complète des mouvements de cet organe à chaque battement du pouls.

« Sont aussi des angines de poitrine névralgiques, la *névralgie épileptiforme* que Trousseau appelle « l'angine de poitrine des épileptiques, » l'angor des *neurasthéniques-arthritiques* est celui qui se présente au cours de la maladie de Basedow. »

Comme M. Ch. Liégeois, dont nous venons de relater le vigou-

(1) E. Lancereaux. Traité de l'Herpétisme, Paris 1883.

(2) Bazin. Loc. cit., p. 107.

(3) Laboulbène. Des Névralgies. Th. d'ag. Paris, 1860.

(4) Gros et Lancereaux. Des Affections nerveuses syphilitiques. Paris 1861.

(5) Bax. Soc. méd. d'Amiens, 5 août 1885 et *Gaz. méd.* de Picardie, 3e année, n 8, août 1885, p. 115.

reux plaidoyer en faveur de l'*Angor* névralgique, nous estimons aussi, et notre excellent ami y a insisté de nouveau dans son important mémoire sur le *Goître exophthalmique* couronné encore tout récemment du prix Portal de l'Académie de Médecine, nous estimons qu'à part le cas bien connu de Trousseau (1) où les lésions aortiques, constatées à l'autopsie, autorisent à croire à une angine ischémique, dans tous les autres cas cités jusqu'à présent, l'*Angor* de la maladie exophthalmique est *purement névralgique*. Il apparaît dans le plexus du cœur parce que cet organe est le premier atteint, qu'il est le siège d'une grande fatigue, le foyer de battements incessants, d'une arythmie constante, et la perversion fonctionnelle qu'il subit en cette occurence, doit provoquer de nombreux désordres nerveux, parmi lesquels l'Angine de Poitrine.

L'opinion contemporaine que la maladie de Basedow est d'origine centrale et de tous points comparable à celle qui s'observe quelquefois dans l'hystérie, ne serait qu'une raison de plus à l'appui de notre conviction, que dans ce cas, l'*Angor* n'est pas autre chose que la *névralgie du plexus cardiaque*.

L'Angine de Poitrine est aussi d'origine névralgique, dit M. Ch. Liégeois (2).

4° Chez quelques Intoxiqués indemnes de lésions cardio-aortiques

« De même, écrit-il, que chez beaucoup de tabagiques l'on rencontre la *gastralgie* ou la *névralgie du trijumeau*, de même on rencontre aussi chez eux la névralgie cardiaque et c'est elle qui rend compte de l'Angine de Poitrine dans plusieurs des observations que nous avons reproduites.

« Dans l'une d'elles, il est expressément noté que « la pression des deux nerfs pneumo-gastriques au cou éveille manifestement une douleur vive, bien circonscrite, suivant le trajet connu de ces deux troncs nerveux », tandis que les phréniques ne sont pas sensibles.

« D'après M. Blatin, dont la conception de l'Angine de Poitrine tabagique ne paraît pas des plus claires, la névralgie nicotianique du plexus cardiaque serait directe ; d'après M. Péter (3), elle serait le résultat indirect ou bien de l'excitation des filets pneumo-gastriques bronchiques en contact immédiat avec les vapeurs offensantes du tabac ou des filets pneumo-gastriques de l'estomac rendu dyspeptique par l'usage répété du tabac Jaccoud (4), J.-A. Martinet (5).

---

(1) Voir notre étude des Angines de Poitrine accompagnant la maladie de Basedow, page 142.

(2) Ch. Liégeois. Mém. cité.

(3) Péter. Leç. de clin. méd. Loc. cit., t. I, p. 192.

(4) Jaccoud. Traité de path. interne. Loc. cit. t. I, p. 705.

(5) J.-A. Martinet. Loc. cit. p. 24.

« L'angine de poitrine tabagique, quelquefois vaso-contrictive (nous en avons cité des exemples), est donc aussi parfois névralgique, surtout à son début

L'*Angine de Poitrine théique* est également d'origine névralgique. Ainsi que le dit le Dr Eloy (1), les désordres de la sensibilité ou les troubles de la motilité dans le théisme sont purement fonctionnels. Aucune lésion organique n'en rend compte et l'anatomie pathologique du théisme n'existe pas. Les uns sont d'origine congestive et, dans leur pathogénie, il ne paraît pas illégitime de faire intervenir les vaso-moteurs, car à côté du principe aromatique du thé, il faut placer la théine, substance dont on connaît les étroites analogies avec la caféine. Les autres sont plutôt des manifestations de l'état neurasthénique ; les théiques sont des nerveux irritables du premier chef.

Les diverses branches du pneumo-gastrique sont tour à tour atteintes et à chaque retentissement particulier correspondent des manifestations différentes.

Dans le début, il y a des troubles céphaliques et une excitation générale du système nerveux, c'est le théisme aigu ; plus tard, le pneumo-gastrique est atteint, il survient de la dyspnée, des troubles cardiopathiques, alors les départements cardiaque et pulmonaire sont pris — c'est le théisme subaigu — plus tard, les voies digestives sont prises à leur tour, parce que les branches gastriques sont atteintes à leur tour, c'est le théisme chronique. Au résumé, ces phénomènes ne sont pas autre chose que des synergies morbides du pneumo-gastrique d'ordre névralgique et de nature réflexe. Écoutez plutôt ce qu'écrit à ce sujet M. Liégeois :

« Est-il nécessaire, dit-il, d'ajouter que les dyspeptiques sont hypéresthésiques en de nombreux points de leur organisme (Leven) (1), constituant ainsi, de par leurs troubles morbides du côté de l'estomac une variété de névrosiques, chez qui les manifestations douloureuses choisissent assez volontiers le plexus cardiaque pour théâtre de leurs explosions parce que ce plexus, en partie formé par les nerfs pneumo-gastriques, est mis en branle par l'excitation des branches vagues stomacales.

» Cette névralgie cardiaque (Bouchut) (3), Axenfeld (4), Romberg (5),

(1) Dr Eloy. — Opere cit. *Union médic.*, 1886, p. 920.

(2) Leven. Soc. de biol., 3 avril 1880, 13 nov. 1880, 12 fév. 1881, et la Névrose, étude clinique et thérapeutique, etc. Paris, 1886.

(3) Bouchut. Loc. cit.

(4) Axenfeld. Angine de poitrine, in Path. de Requien IV. Paris 1863.

(5) Romberg. Loc. cit.

Pasquali (1), Bamberger (2), Rosa et Galasso (3), Duchek (4), Péter (5), J.-A. Martinet (6), à la fois *pneumogastrique* (neuralgie de la 10e paire Fothergill, (7) pneumo-gastralgie Teallier (8), *neuralgia cardiaca, hyperaesthesia plexi cardiaci* M. Romberg (9), névralgie occupant ordinairement les nerfs cardiaques émanés du pneumo-gastrique Trousseau (10), (Angine par lésion du système modérateur du cœur ou du nerf vague Eulenburg (11), et *sympathique*, est une *dysesthésie* qui siège tantôt dans les branches terminales, intra-cardiaques, des nerfs du cœur (névralgie cardiaque du cœur proprement dite), Skoda (12), tantôt au niveau du plexus, s'étendant dans une grande partie de la sphère d'innervation du pneumo-gastrique et gagnant excessivement rarement les nerfs diaphragmatiques chez quelques hystériques dont la vie a été ainsi mise en danger, et particulièrement chez les goutteux qui se sont trouvés exposés, comme disait Darwin, à la mort par « spasme du diaphragme. »

Nous expliquerons plus loin les irradiations douloureuses. Mais la mort est rare quand il y a névralgie cardiaque, pure et simple : « Si troublé nerveusement que soit le cœur, il peut résister par la validité de sa fibre musculaire et survivre à l'orage. » (Péter).

Quant à l'Angine oxycarbonique (observation LXV, p. 140), nous lui reconnaissons également une nature névralgique. En effet, dans ce cas (que M. Renaut a pensé un moment à ranger parmi ceux d'Angine de Poitrine essentielle), l'Anémie consécutive à l'action des vapeurs délétères, a fait naître successivement la névralgie intercostale, la névralgie cervicale et enfin l'acte final, la sternalgie. — Elle a certainement préparé le terrain, et dans la dernière scène, quand l'organisme épuisé n'a plus présenté de résistance suffisante, la mort aura eu lieu par arrêt du cœur dans un accès suprême.

Encore un cas qui ne permet pas de considérer comme absolument vraie la grande division si séduisante et si consolante aussi, au premier abord, de M. Huchard, combattue du reste par M. Lié-

(1) Pasquali Sull'angina pectoris. (La Liguria médicin 1863).
(2) Bamberger. Lerhbuch der Krankeiten des Flurens. Vien, 1857. Plazens.
(3) Rosa et Galasso. Trattado dei morti del cuore. Napoli 1860.
(4) Duchek. Die Krankheiten des Huzens der Herbengtals und der cartérien. Erlangen 1862
(5) Péter. Sup. cit.
(6) J.-A. Martinet. Loc. cit.
(7) Fothergill. Loc cit.
(8) Teallier. Bulletin des travaux du Cercle médical de Paris 1826.
(9) H. Romberg. Loc. cit.
(10) Trousseau. Loc. cit.
(11) Eulenburg. Loc. cit.
(12) Skoda. Névralgie cardiaque. — Clinique Européenne.

geois, des Angines de Poitrine en deux classes seulement : les Angines vraies et les pseudo-angines.

Quoi de plus simple, de plus bénin en apparence que la maladie de cette femme? elle est jeune, forte, n'a jamais été malade; elle n'est point cardiaque, elle devient névralgique fortuitement, par occasion, pour ainsi dire ; ses premières souffrances ne sont pas très violentes, et tout d'un coup elle meurt frappée au cœur par la sternalgie. — Jusqu'au dernier moment, le médecin ne devait-il pas regarder ce cas comme très curable et rentrant absolument dans le cadre des pseudo-angines ? Sans s'endormir dans une sécurité absolue, n'avait-il pas le droit, après la disparition des accès, du moment qu'elle mangeait bien, que son souffle précordial avait disparu, qu'elle habitait la campagne, de considérer sa malade comme hors de danger ? Huit jours après, cependant, elle n'était plus! Quelle preuve plus évidente du danger qu'il y a à imposer des limites trop absolues et une bénignité trop certaine aux pseudo-angines, et comme le praticien appelé à se prononcer doit être réservé, même lorsque le cas semble rentrer complétement dans le cadre de la fausse Angine ?

Nous venons de démontrer que l'**Angine de Poitrine est dans certains cas une névralgie du Plexus cardiaque ;** occupons-nous maintenant de prouver cette seconde proposition, **qu'il y a un Angor dépendant de l'Hypérémie** ou de la **Névrite du Plexus cardiaque.**

Dans notre étude étiologique, plusieurs de nos observations ont démontré que cette affection reconnaissait pour causes, tantôt dans un premier degré, l'hypérémie du Plexus cardiaque, tantôt dans un second degré, la Névrite de ce même plexus — les autopsies, l'examen macroscopique aussi bien que l'examen microscopique fait par M. Choyau ont prouvé l'existence de ces altérations. Il nous reste maintenant à faire passer notre conviction dans l'esprit de nos lecteurs.

A. — Angine de Poitrine par hypérémie du Plexus cardiaque.

Cette première variété, acceptée par M. Ch. Liégeois, s'observe : 1° chez les Arthritiques pendant la durée d'un rhumatisme articulaire aigu et comme complication de la goutte viscérale ; 2° elle accompagne certaines tumeurs du médiastin.

1° Dans le rhumatisme articulaire aigu

De nombreuses observations reproduites plus haut démontrent que le rhumatisme aigu peut envahir le plexus cardiaque en y faisant naître de l'hypérémie fluxionnaire et l'Angor — l'hypérémie est démontrée par la douleur éclatant subitement dans ce foyer et par celle qu'y détermine la pression du doigt. Cette hypérémie plus intense peut aller jusqu'à la phlegmasie, jusqu'à la névrite cardiaque et M. Potain, tout en étant partisan de l'ischémie cardiaque, admet aussi l'Angor pectoris par fluxion sur les nerfs du plexus cardiaque dans le cours du rhumatisme aigu. Il considère même le développement de cette affection comme pouvant s'effectuer à la faveur d'une poussée rhumatismale chez des malades déjà porteurs de lésions aortiques.

Plusieurs praticiens partagent cette opinion, mais d'autres, se fondant sur ce que cette hypérémie n'a pas été démontrée anatomiquement, se refusent à l'admettre et parmi ceux-là nous comptons M. le Dr Huchard (1) qui a contesté la valeur de l'observation de M. Letulle où l'état de décomposition cadavérique du sujet n'a pas permis d'étudier les nerfs, ni le plexus cardiaque, ni même le myocarde. « Dans cette observation, dit-il, la seule où une autopsie ait été faite, il se trouve qu'on n'a pas pu examiner les nerfs du plexus cardiaque accusés pendant la vie de la production de presque tous les accidents. »

« On met sur le compte d'une *lésion hypothétique* presque tous les accidents observés, pendant qu'il existe d'autres lésions réelles, considérables, qui ont dû certainement jouer le principal rôle, « des « poumons gorgés de sang, » une cavité pleurale remplie de liquide, un noyau apoplectique pulmonaire témoignage, presque irrécusable, d'une thrombose cardiaque, lequel s'ajoute à tous ceux qui ont été observés pendant la vie (souffles changeant de caractère et d'intensité, état syncopal alternant avec les palpitations) ; or, l'asystolie rapide, venant compliquer un rhumatisme articulaire aigu, n'a-t-elle pas été plutôt provoquée par les lésions révélées à l'autopsie (congestion pulmonaire considérable, double épanchement pleural, etc.), que par des altérations *non constatées* du plexus cardiaque ? Et il n'y a pas plus de raison pour admettre celles-ci, que pour rejeter celles du myocarde, si l'on veut absolument expliquer cette sorte de rhumatisme asystolique. »

(1) H. Huchard. — Des Angines de Poitrine, loc. cit. p. 53.

On le voit, M. Huchard, sans nier absolument cette variété d'Angine de Poitrine par hypérémie cardiaque, veut du moins que la preuve lui en soit faite anatomiquement pour l'adopter tout à fait.

A cela, M. Martinet, empruntant à M. Péter ses arguments, répond (1) que ce n'est pas une raison suffisante pour rejeter l'existence d'une affection cliniquement et physiologiquement vraie.

« L'observation clinique a souvent et de longtemps précédé l'anatomie pathologique : c'est elle qui, dans bien des cas, a nettement indiqué dans quel sens il fallait faire les recherches cadavériques. On ne doit pas s'attendre, croyons-nous, à trouver des lésions bien profondes, tout au plus une rougeur plus ou moins prononcée des nerfs du plexus cardiaque, avec peut-être une infiltration plus ou moins étendue. C'est qu'en effet, c'est le propre de la fluxion rhumatismale de produire beaucoup de symptômes avec peu de lésions. Le rhumatisme aigu se dissémine à la fois sur un grand nombre d'articulations ; au bout de quelques jours abandonnant celles-ci pour frapper celles-là, déterminant sur l'articulation atteinte, et de la rougeur, et du gonflement, et de la douleur ; ces troubles disparaissant complétement dès que le rhumatisme a quitté une articulation pour envahir l'articulation voisine : de sorte que, si intense qu'ait été la fluxion, elle cesse sans laisser de trace. Eh bien, ce qui a lieu pendant la vie s'observe également après la mort ; à l'autopsie d'individus qui succombent en pleine attaque de rhumatisme aigu, on ne trouve pas de lésions articulaires, on n'en constate que d'insignifiantes, absolument hors de proportion avec les troubles fonctionnels observés pendant la vie.

« Le rhumatisme aigu, n'est pas en effet une maladie inflammatoire ; ses déterminations morbides ne sont pas des actes de phlogose, mais des actes de fluxion, d'hypérémie, actes essentiellement fugitifs et vagabonds, frappant les tissus fibro-séreux des articulations, comme tout autre tissu fibro-séreux. C'est même cette tendance erratique, cette mobilisation possible et facile qui constitue le principal danger du rhumatisme aigu : le mal pouvant tout-à-coup frapper le cerveau, c'est-à-dire vraisemblablement les enveloppes cérébrales, ou ce qu'il y a de fibro-séreux dans l'encéphale, et constituer ainsi ce qu'on appelle « le rhumatisme cérébral. » Or, on en est encore à savoir ce qui constitue anatomiquement ce rhumatisme cérébral ; c'est tantôt une simple rougeur des méninges avec un léger piqueté des circonvolutions ; tantôt un peu d'extravasation de sérosité dans les espaces sous-arachnoïdiens et dans les ventricules. Cependant, avec si peu de choses matérielles, tant de symptômes, et la mort à la suite ! C'est qu'en effet la fluxion avait fait tout le mal, et que, disparaissant avec la vie, la fluxion a disparu sans presque laisser de traces. De même donc qu'on ne trouve rien ou presque rien dans le rhumatisme cérébral, de même on ne trouvera rien ou presque rien dans le rhumatisme du plexus cardiaque.

« L'absence de lésion dans la première de ces affections n'a pas empêché de conclure à l'existence d'un rhumatisme cérébral, et cette même absence de lésion ne m'empêcherait pas de conclure à l'existence d'un rhumatisme du plexus

(1) Dr Martinet. — Thèse citée.

cardiaque ou, plus précisément, d'une hypérémie des nerfs de ce plexus, alors que se manifesteraient les troubles fonctionnels de ces nerfs pendant le cours d'une attaque de rhumatisme aigu. J'estime qu'en pareil cas, on n'hésiterait pas à dire : « névralgie sciatique » ou « névralgie faciale, » si les douleurs se faisaient sentir, soit sur le trajet du sciatique, soit sur celui du trijumeau, dans le cours de cette même attaque. Ce qui est vrai de ces localisations d'ordre vulgaire, n'est-il pas tout aussi vrai de déterminations un peu plus complexes et un peu moins fréquentes ; j'ajoute volontiers de déterminations jusqu'à présent plutôt méconnues que peu fréquentes (1) ?... »

Ainsi donc, quand même les données de l'autopsie ne pourraient pas établir la lésion hypérémique du plexus cardiaque, la symptomatologie toute particulière de l'Angine liée à l'hypérémie de ce plexus décrite par M. Martinet, suffit, d'après nous, à prouver que la raison d'être de l'Angor est bien cette hypérémie et rien que cette hypérémie indépendamment de toute lésion de l'aorte ou du péricarde, indépendamment aussi (Péter, J. Martinet) de la participation des nerfs phréniques à l'hypérémie inflammatoire.

C'est bien le plexus, et le plexus seul, qui manifeste de la douleur; quel autre organe, quels autres nerfs traduiraient leur souffrance par la pression du second espace intercostal gauche près du bord du sternum ?

Nous n'en trouvons pas d'autres.

Oui, c'est bien lui qui, hypérémié, se trouve en cause dans cette sorte d'Angine ; en effet, la pression aux attaches diaphragmatiques ou sur le cou, en avant du scalène antérieur, n'est point douloureuse, le nerf phrénique n'est donc point irrité ou enflammé ; la douleur est continue avec exacerbation, tandis que dans l'Angine névralgique ou ischémique, elle atteint du premier coup d'aile son intensité extrême ; dans ces dernières, l'accès une fois passé, le cœur reprend sa régularité ordinaire, tandis que dans l'Angine par hypérémie du plexus cardiaque, l'arythmie persiste après l'accès ; tout n'est pas terminé avec lui ; loin delà, la région précordiale reste douloureuse, la moindre pression en cet endroit réveille l'accès, excite les plaintes et les cris des malades : tout cela n'indique-t-il pas qu'un fluxus inflammatoire, rhumatismal s'est opéré dans cette région et que le foyer de ce fluxus est bien le plexus cardiaque ; du reste la disparition des symptômes articulaires, aussitôt que l'attaque d'Angor se déclare, ainsi que cela a lieu dans le rhumatisme cérébral, et la ré-

(1) Prof. Péter. — Traité des maladies du cœur.

apparition de la douleur et du gonflement des articulations à la fin de l'accès, le prouvent surabondamment en même temps qu'ils éclairent sur la nature de l'affection. Ne sait-on pas, du reste, qu'après l'autopsie d'un rhumatisant, toute trace du processus inflammatoire a le plus souvent disparu ?

Il reste à expliquer les irradiations lointaines de cette Angine ; voici comment, dans son excellente monographie sur ce sujet, M. Martinet s'en acquitte ingénieusement si ce n'est fidèlement :

« L'irritation des filets du nerf vague contenus dans le plexus nous fait comprendre à merveille la douleur, les arrêts du cœur, les intermittences. Cette action est-elle directe ou s'exerce-t-elle par l'intermédiaire du ganglion de Ludwig, comme quelques-uns le prétendent ? Ceci a peu de valeur à notre point de vue. L'excitation est-elle plus intense, ce qui, dans l'espèce, peut dépendre d'une fluxion plus active ou d'une véritable phlegmasie, alors nous avons l'épuisement nerveux, d'où la reprise précipitée des battements, l'arhythmie.

« Ajoutons maintenant l'action propre des filets sympathiques également intéressés par le processus hypérémique, et nous comprendrons encore mieux ces pulsations rapides, succédant aux pulsations lentes. En somme, excitation du sympathique, d'où l'accélération passagère ; ou encore, suspension de l'action du pneumogastrique et prédominance de celle du sympathique.

« Pour ce qui est des troubles circulatoires, ils sont sous la dépendance unique du grand sympathique ; la douleur dont il est le siège en est le point de départ. On a dit, il est vrai, que le pneumogastrique était le seul nerf sensible du cœur ; mais est-il possible de nier la douleur atroce, angoissante, indicible de certaines névralgies viscérales abdominales, liées ou non à des altérations organiques, et où le sympathique seul peut être incriminé ?

« Pourquoi ce qui se passe pour le sympathique abdominal n'aurait-il pas lieu quand il s'agit du sympathique cardiaque ? Nous n'en voyons pas bien la raison et c'est pourquoi nous dirons que, le sympathique irrité, a réagi à sa façon, c'est-à-dire en exerçant une influence énergique sur les vaso-moteurs. »

Pour M. Ch. Liégeois (1), M. Martinet a le tort de faire intervenir les filets sympathiques du cœur dans la pathogénie de l'accélération qui accompagne certains accès et de faire dépendre d'eux les désordres vasculaires périphériques :

« Pourquoi donc, écrit M. Liégeois, ainsi méconnaître les enseignements de la physiologie expérimentale ? Un habile pourrait éviter d'en parler, s'ils contredisaient quelque peu ses vues personnelles et les données de la clinique ; mais quand ils les confirment, pourquoi ne pas en faire mention ? Tout ce qu'a écrit M. Martinet, à propos de l'influence motrice des filets sympathiques, est vrai pris isolément, mais est faux, absolument faux, au cas particulier de l'An-

(1) Ch. Liégeois. — Mém. couronné.

gine de Poitrine où la cause pathogénique met en branle à la fois les filets sympathiques et les filets pneumo-gastriques de ce plexus, ce qui n'est pas la même chose. Si les filets sympathiques cardiaques expliquent le caractère constrictif de la douleur précordiale dans toutes les Angines, quelles qu'elles soient, les filets pneumo-gastriques, dont l'atteinte fait ressembler cette douleur à celle des nerfs cérébro-rachidiens, sont seuls responsables des troubles cardiaques et des troubles vaso-moteurs périphériques. Pour MM. Péter et Martinet ces derniers troubles tiennent au retentissement de l'excitation du sympathique cardiaque sur l'ensemble du système sympathique ; pour nous, ils tiennent au retentissement indirect de l'excitation du pneumo-gastrique sur l'ensemble du système sympathique. «

M. Lécorché (1) a attribué l'Angine de Poitrine chez les goutteux à l'*incrustation ossiforme de l'aorte* ou à l'*artérite goutteuse des coronaires*, et il est incontestable que ces lésions se montrent souvent sur les cadavres des goutteux; mais cette cause n'est pas la seule, et quand nous voyons l'Angor succéder brusquement chez les podagres à un gonflement et à la douleur d'une articulation, et réciproquement, nous pensons qu'il s'est opéré sur le plexus cardiaque une métastase analogue à celle que nous avons observée dans l'*Angor Pectoris* d'origine rhumatismale, qu'il s'est fait dans ce cas, comme l'a écrit Elsner (2), une concentration de l'humeur errante de la goutte, non pas sur le cœur, mais sur le plexus cardiaque. M. Lécorché lui-même reconnaît (3), contraint par l'évidence ressortissant de l'observation que nous avons rapportée (page 172), reconnaît, dis-je, dans cette succession métastatique, une certaine analogie avec l'accès de sciatique qui, dans le cours d'une attaque de goutte, remplace la douleur du gros orteil et aide à sa disparition ; dans l'*Angor* survenant chez les goutteux, il admet qu'il y a une décharge de l'acide urique en excès dans le sang sur le plexus cardiaque. L'observation de M. Vergely (obs. XCVII), celle de Malcom Macqueen (obs. XCXIX) démontrent surabondamment que si le plus souvent l'Angine de Poitrine dépend des altérations athéromasiques de l'aorte ou des artères coronaires, elle peut dépendre aussi, lorsqu'elle apparaît tout à coup en même temps que s'évanouit un accès de goutte, de la rétrocession de l'humeur errante goutteuse ou d'un fluxus uratique sur le plexus cardiaque.

(1) Lécorché. — Traité théorique et pratique de la goutte. Paris 1884, p. 109 et 299.
(2) Elsner. — Loc. cit.
(3) Lécorché. — Loc. cit., préface VII.

Enfin, comme l'a dit M. Henri Huchard dans ses récentes leçons sur la goutte rénale (1), « l'Angine de Poitrine chez les goutteux » n'est pas toujours d'origine goutteuse. Les goutteux sont des né- » vropathes, des arthritiques, des fluxionnaires, des artério-scléreux, et c'est à ces titres divers qu'ils peuvent présenter toutes les » formes d'Angines de Poitrine fausses ou vraies. Vous ne les con- » fondrez pas, ajoute-t-il, avec l'Angine de Poitrine fluxionnaire et » métastatique, celle-ci de nature essentiellement goutteuse, qui se » reconnaît à son apparition brusque, coïncidant avec la disparition » des fluxions articulaires, et qui peut être heureusement modifiée » par l'administration du salicylate de soude, comme Lécorché en a » cité un exemple. »

2° Dans certains cas de Tumeurs du Médiastin.

Dans le cas de M. Baréty (voir p. 341) le pneumo-gastrique droit, comprimé par un ganglion tuberculeux, était congestionné ; c'est, croyons-nous, à son *hypérémie* qu'on est en droit de rattacher l'*Angor*.

M. Liégeois se demande si l'Angine de Poitrine succédant à l'intoxication par l'oxyde de carbone ne serait pas due à l'hypérémie du plexus cardiaque, les travaux de MM. Leudet (2), Bourru (3), Ch. Simon (4), ayant établi que cette intoxication provoque immédiatement ou après quelques jours des éruptions *bulleuses* ou *herpétiques* de peu de durée, il est vrai, mais témoignant de l'état plus ou moins inflammatoire de certains filets nerveux? Telle n'est pas notre opinion, nous trouvons l'explication ingénieuse mais reposant sur des données insuffisantes, et, dans le cas particulier qu'il nous a été donné d'observer, nous avons attribué la double attaque d'*Angor* à la difficulté pour le sang artériel, converti presque entièrement en sang veineux, de pénétrer dans le myocarde insuffisamment stimulé et insuffisamment nourri par conséquent. L'explication nous semble plus vraie et plus puissante.

---

(1) Huchard.— *Semaine médicale* n°s 43 et 50, décembre 1886.

(2) Leudet. — Recherches sur les troubles des nerfs périphériques et surtout des nerfs vaso-moteurs consécutifs à l'asphyxie par la vapeur du charbon. *Arch. gén, de méd.* 1865.

(3) Bourru. — Névralgies causées par un empoisonnement par le gaz de charbon. *Arch. génér. de Méd.* 1877.

(4) Charles Simon. — Des paralysies, névralgies et troubles vaso-moteurs après l'intoxication par le gaz oxyde de carbone. Thèse doct. Paris 1883.

B. — Angine de Poitrine par Névrite du Plexus cardiaque.

Everard Home et Lussana ont, les premiers, émis cette opinion que l'aorte et les artères coronaires, devenues rigides et athéromateuses, devaient irriter et enflammer les rameaux nerveux émanés du plexus cardiaque qui accompagnent ces vaisseaux, mais ils n'avaient cité aucune autopsie à l'appui de leur assertion.

Gintrac alla plus loin : il constata l'inflammation de l'aorte et dit qu'il était probable que les nerfs du plexus sont affectés puisqu'ils sont le siège d'une douleur aussi violente, opinion que partagea Corrigan, de Dublin (1836).

Lartigue dit, de son côté, mais sans étayer son opinion d'autopsies justificatives, qu'au cas de dilatation plus ou moins considérable de l'aorte, « il est assez difficile de concevoir comment, lorsque tous » les tissus sont plus ou moins altérés, désorganisés même, les nerfs » qui s'y distribuent échapperaient entièrement à ce travail mor- » bide. »

Mais c'est M. Lancereaux qui, le premier, a constaté et démontré que la *névrite cardiaque* accompagnant les lésions de l'aorte occasionnait l'Angor.

Voici son observation :

OBSERVATION CXXXIII

RÉSUMÉE

(E. Lancereaux. — Bull. de la Soc. de Biol., fév. 1884.)

De l'altération de l'aorte et du plexus cardiaque dans l'Angine de Poitrine

Un homme de 45 ans, alcoolique, mourut subitement dans un accès d'Angine de Poitrine.

Les altérations de l'aorte consistaient, notamment au niveau de son adhésion à l'artère pulmonaire, en une vascularisation anormale — valvules aortiques simplement épaissies. — Entre les deux orifices des *artères coronaires, rétrécis au point de permettre à peine l'introduction d'un fin stylet*, on trouve une plaque saillante de plusieurs centimètres d'étendue à rebords festonnés et composée en grande partie de tissu conjonctif de nouvelle formation, situé entre la couche interne et la couche moyenne ; le néoplasme paraît contenir dans son épaisseur de fines arborisations.

Les lésions de l'aorte existent au point où le plexus cardiaque le recouvre. L'examen microscopique des filets nerveux et des ganglions de ce plexus, démontre qu'il est très vascularisé, que quelques-uns de ces faisceaux sont enveloppés d'exsudats, que le névrilemme est

épaissi, que de nombreux noyaux ronds se trouvent interposés sous forme d'amas entre les éléments tubuleux qu'ils écartent et compriment, et enfin que leur contenu médullaire est grisâtre et granuleux.

M. Lancereaux n'a publié que cette seule observation suivie d'autopsie; il a mentionné deux autres cas où l'aorte était malade d'une manière presque identique, suivis également de mort subite, mais où *le plexus cardiaque ne fut pas examiné* ; les artères coronaires étaient rétrécies. M. Lancereaux dit bien il est vrai que « l'altération de l'aorte (au niveau du plexus cardiaque) indique suffisamment qu'il ne devait pas être entièrement intact, » mais enfin il a négligé de le prouver.

M. Loupias (1), parmi ses autres observations, a cité les trois de M. Lancereaux, et en a conclu que l'Angine de poitrine *symptomatique* est une simple conséquence de lésions inflammatoires voisines du plexus cardiaque. »

« En réalité, écrit M. Liégeois (2), l'Angine de Poitrine *névritique* était oubliée quand, en 1873, M. Péter (3) *vint la ressusciter*; il publia les observations que nous lui avons empruntées dans lesquelles, en résumé, l'aorte était profondément altérée dès son origine, le péricarde aortique relié au péricarde pariétal par de fausses membranes *qui englobaient les nerfs du plexus cardiaque et les nerfs phréniques, dont les tubes nerveux étranglés par prolifération conjonctive du névrilemme, présentaient une altération granuleuse de la myéline avec disparition en certains points.* L'autopsie de chacun des malades de M. Péter a démontré « que les lésions athéromato-calcaires de l'aorte sont surtout visibles à l'éperon d'embouchure des artères coronaires athéromateuses, notamment au niveau de leurs points de courbure, et s'accompagnent de *névrite cardiaque* et de *névrite phrénique* » « L'inflammation s'est transmise d'abord de l'endartère à la totalité des parois de l'aorte, puis de ce vaisseau au plexus cardiaque, d'où la névrite cardiaque et la douleur rétro-sternale ; mais le travail inflammatoire ne s'est pas arrêté là; il a envahi le péricarde aortique, puis le pariétal, d'où la névrite du phrénique et la douleur à la base de la poitrine, ainsi que l'ensemble de souffrances que nous savons appartenir à la névralgie de ce nerf. » (Péter) (4).

« Nous trouvons, ajoute M. Ch. Liégeois, que M. G. Sée, pour qui toute Angine de Poitrine est le résultat d'une ischémie organique ou fonctionnelle du myocarde, est allé bien loin quand, appréciant les faits cliniques de M. Péter, il a osé dire :

(1) Loupias. Loc. cit.

(2) Dr Liégeois, mém. cité.

(3) Péter, Angine de Poitrine névritique et névralgique. Un. méd. 1873. t. XV, p. 271.

(4) Péter. — Loc. de clin. méd., loc. cit., t. I, p. 454.

« Cette séduisante théorie de la névrite cardiaque est édifiée sur deux faits anatomo-pathologiques que je récuse formellement quoiqu'ils aient été observés par un clinicien aussi compétent (Péter) et étudiés par M. Choyau dont nul ne saurait mettre en doute le talent ; mais la description qu'ils ont donnée de ces *prétendues* lésions inflammatoires du plexus cardiaque et des nerfs phréniques n'a pu, je l'avoue, amener la conviction dans mon esprit » (1).

« M. G. Sée, je l'espère, dit encore M. Liégeois, sera ici seul de son avis ; les lésions observées par MM. Péter et Choyau, comme celles observées par M. Lancereaux, sont bien, dans le premier cas, de la névrite cardiaque avec névrite phrénique, dans le second, de la névrite cardiaque. Que répondrait M. G. Sée, si, quand il déclare que les artères coronaires sont athéromateuses, M. Péter lui disait que cela n'est pas ? Les faits sont les faits, rien ne sert de les nier, il faut les expliquer.

« La doctrine de la névrite cardiaque, reprend M. Liégeois, appliquée aux cas de MM. Lancereaux, Loupias et de M. Péter, a rencontré dans M. Huchard un contradicteur dont les arguments ont une grande valeur. Ces observations, dit M. Huchard (2), « font mention d'altérations hypérémiques ou inflamma- » toires du plexus nerveux du cœur, mais elles relatent en même temps d'une » façon formelle un rétrécissement des artères coronaires. » Sur les deux observations de M. Péter, l'une indique, en effet, une lésion athéromateuse au niveau même de l'éperon de ces vaisseaux, ce qui a dû certainement déterminer une altération au niveau même de leur embouchure ; l'autre est relative à des douleurs rétro-sternales pseudo-angineuses, très fréquentes dans les lésions de l'aorte, mais distinctes de la vraie Angine de Poitrine. Elle ne fait pas mention de l'examen des artères coronaires.. ... Les conclusions s'imposent d'elles-mêmes, dit en terminant M. Huchard :

« 1° Il n'existe pas une seule autopsie où l'on puisse invoquer dans la pathogénie de l'*Angor Pectoris* l'existence de lésions hypérémiques ou inflammatoires du plexus cardiaque, à l'exclusion de toute autre altération du côté des artères coronaires.

« 2° Les faits d'Angine de Poitrine qui ont été invoqués en faveur de cette théorie concernent *pour la plupart* des observations où il s'agissait de douleurs rétro-sternales *pseudo-angineuses*.

« La première de ces conclusions, réplique M. Ch. Liégeois, est vraie, en ce qui concerne le fait de M. Lancereaux et l'une des observations de M. Péter ; peut-être, en thèse générale, ne serait-elle pas aussi exacte en ce qui concerne le second cas de ce dernier auteur ; parce que, dans ce cas, M. Péter ne signale pas d'altérations coronaires, cela ne veut point dire qu'il n'a pas examiné les artères cardiaques. Il ne les mentionne pas parce qu'elles n'existent point. Qu'est-ce que cela prouve ? C'est que, chez cette femme atteinte de dilatation anévrysmale de la crosse thoracique athéromateuse, on doit invoquer dans la pathogénie de l'*Angor Pectoris* l'existence des lésions inflammatoires du plexus cardiaque à l'exclusion d'altérations des artères coronaires. M. Huchard, il est

(1) G. Sée. — Diagnostic et traitement des maladies du cœur ; loc. cit., p. 250.
(2) Huchard — Des Angines de Poitrine ; loc. cit., p. 26.

vrai, pourrait se retrancher derrière sa seconde conclusion, à savoir que dans cette observation de M. Péter il s'agit de douleurs rétro-sternales, pseudo-angineuses, et non d'Angine de Poitrine. Mais nous avons la conviction que notre savant ami n'a pas eu un seul instant l'idée d'appliquer les termes, en apparence très exclusifs, de cette seconde conclusion à ce dernier fait de M. Péter, dont il sait, comme tout le monde, la rigueur d'observation, pas plus qu'à ceux de M. Lancereaux, de M. Paul Boncourt et de M. Bazy ; il a seulement voulu prémunir les médecins contre une cause possible d'erreur : Gardez-vous, voilà ce qu'a voulu dire M. Huchard, gardez-vous de prendre pour de l'Angine de Poitrine ces attaques ou douleurs pseudo-angineuses (celles par névrite cardiaque consécutive aux aortites, aux dilatations et anévrysmes de l'aorte) constituées notamment par de la dyspnée, des douleurs rétro-sternales et intercostales, phréniques et pneumo-gastriques, qui ajoutent simplement quelque chose à la symptomatologie habituelle du syndrome Angine de Poitrine quand elles coexistent avec sa manifestation, et qui, à cause même de leur permanence, ne doivent pas être confondues avec lui. »

Du reste, depuis le Congrès de Grenoble, je suis heureux de le constater, les opinions de M. Huchard sont encore moins sévères, car dans sa leçon orale sur l'Angine de Poitrine faite à l'hôpital Bichat (mai 1886), il a admis avec M. Ch. Liégeois, comme nous l'admettons nous-même, la possibilité de l'existence de l'Angor névritique. — En triomphateur heureux, il s'est borné à rappeler que, depuis l'époque de la publication de son mémoire dans la *Revue de Médecine* (1883) où il rapportait trente-six observations d'Angine de Poitrine avec lésions des artères coronaires oblitérées ou rétrécies et, par conséquent, favorables à sa théorie de l'ischémie cardiaque, il a entassé de nouveaux faits portant à quatre-vingts le chiffre des autopsies qui viennent encore la confirmer (1). Il oppose ce chiffre considérable à celui bien plus modeste des huit autopsies au plus de névrite du plexus cardiaque recueillies jusqu'à ce jour. En un mot il déclare que l'Angor névritique est très rare, l'Angor par ischémie organique bien plus commun. C'était aussi l'opinion formelle de M. Ch. Liégeois, on a vu que c'est la nôtre. Toutefois, M. H. Huchard a eu grandement raison de dire, dans cette même leçon, combien il est difficile d'affirmer que le plexus cardiaque a subi des altérations. N'a-t-il pas même frappé juste quand, visant certains examens microscopiques anciens, il a ajouté : « Ce que vous avez signalé autrefois comme pathologique n'est autre chose que le plexus cardiaque à l'état normal, et en tout cas, si la névrite était la cause invariable

(1) Communication orale de M. H. Huchard (décembre 1886).

de toute Angine de Poitrine grave, comment peut-on expliquer les cas assez nombreux de névrite cardiaque alors que, pendant la vie, aucun symptôme angineux ne s'était produit ? » Ce n'est pas là non plus une négation de la névrite cardiaque (1), c'est une pressante invitation que M. Huchard adresse aux histologistes de demain d'y regarder à deux fois avant de déclarer que le plexus cardiaque est lésé. Certes, les termes par lesquels M. Babinski, à propos de l'observation récente de M. Hérard, établit la difficulté d'examen du plexus, justifient assez ces réserves.

Ceci dit, qui ne s'associerait pas comme nous à l'argumentation suivante de M. Péter et de M. Ch. Liégeois :

« A ceux qui pourraient objecter (il en est et il en sera) à la théorie ici soutenue par moi, qu'ils ne sauraient comprendre des attaques paroxystiques séparées par des rémissions plus ou moins prolongées, alors qu'existerait une lésion matérielle du plexus cardiaque et de son support l'aorte, je répondrai, écrit M. Péter (2), que c'est là, précisément, ce que l'on observe dans les maladies du système nerveux avec lésion matérielle. De sorte que les attaques d'Angine de Poitrine avec et par névrite du plexus cardiaque ne se comprennent ni mieux ni moins que les douleurs fulgurantes (intermittentes) de l'ataxie locomotrice avec dégénérescence gélatineuse (permanente) des cordons postérieurs de la moelle..... ou plutôt cela se produit de la même façon, la lésion s'effectue et le trouble fonctionnel s'en suit ; puis une certaine tolérance s'établit, il y a apaisement de l'organe au contact de la lésion, et cela dure le temps que cela peut, jusqu'à ce qu'une aggravation de la lésion, une hypérémie nouvelle, que sais-je encore, vienne rompre la trêve et faire recommencer les hostilités, c'est-à-dire les symptômes paroxystiques. Mais, d'ailleurs, qu'on observe avec soin les malades atteints de lésions graves de l'aorte et concomitantes du plexus et l'on verra qu'ils souffrent, mais d'une façon très tolérable en dehors de leurs attaques, que les douleurs se font sentir dans certains mouvements de l'épaule, du cou et surtout de la poitrine, que ces douleurs sont provoquées par la pression en certains points d'élection que j'ai signalés. »

« Ces souffrances, dit à son tour M. Liégeois, cette gêne sourde, correspondent *à la lésion permanente ; l'explosion des symptômes de l'Angine ne survient qu'à l'occasion d'une excitation fonctionnelle, d'une poussée con-*

(1) « Il est acquis aujourd'hui, disait M. le Docteur Pitres (Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, séance du 11 juin 1886. — *Compte-rendu* in Journal de médecine de Bordeaux 1886), que des altérations profondes des nerfs périphériques peuvent exister sans se traduire par des caractères macroscopiques appréciables. On est très surpris lorsqu'on traite par l'acide osmique et qu'on examine au microscope certains filets nerveux qui à l'œil nu paraissaient sains, d'y trouver des altérations profondes. L'étude des névrites nécessite de patientes recherches parce que les lésions sont diffuses et d'une constatation difficile. »

(2) Péter. — Leçons de clinique méd., t. I, p. 48.

gestive ou d'une aggravation de la lésion, alors que l'athérome, à l'instar d'un corps étranger, excite dans les parois de l'aorte, et cela à intervalles plus ou moins éloignés ou plus ou moins rapprochés (J. Bucquoy et H. Léger (1), H. Huchard (2) « *un travail de réaction à marche rapide* » *probablement accompagné d'hypérémie au moins et peut-être de névrite du plexus cardiaque.*

« Pour nous donc, continue M. Liégeois, tout en déclarant que les annales de la science ne contiennent pas beaucoup de faits bien avérés d'Angine de Poitrine par névrite cardiaque, nous restons convaincu que l'*Angine de Poitrine névritique doit avoir sa place en nosologie.* »

Lorsque l'Angine de Poitrine se présente dans la *péricardite aiguë*, est-elle comme dans les cas précédents liée à la *névrite cardiaque ?*

Voici ce qu'en pensent encore M. Péter et M. Ch. Liégeois :

« Il n'est pas douteux pour moi, écrit M. Péter (3) en interprétant les faits d'Andral, qu'il n'y ait une *névrite aiguë du plexus cardiaque* au contact du péricarde enflammé comme il y a une névrite chronique de ce même plexus au voisinage de l'aorte malade et par un mécanisme absolument identique, au point de départ près. Bouillaud a justement rapporté à une lésion des phréniques certaines douleurs de la péricardite par transmission de l'inflammation du péricarde aortico-pulmonaire aux filets sympathiques et vagues du plexus cardiaque et les phénomènes généraux si graves de certains cas de péricardite.»

« En résumé, dit M. Liégeois, pour que la péricardite aiguë donne lieu au paroxysme angoreux, il est de toute nécessité que le péricarde péri-aortique soit compris dans l'inflammation ; sinon, les douleurs spontanées ou provoquées de la région du cœur tiendront, comme l'avait déjà pensé Bouillaud (4), à la seule réaction de l'inflammation sur les nerfs phréniques qui longent le péricarde, lui départissant cette sensibilité, plus exquise à la face externe qu'à la face interne, que MM. Bochefontaine et Bourceret (5) ont mise en jeu par des excitations mécaniques. Or, Andral a oublié de spécifier dans la relation de ces faits de péricardite si le péricarde péri-aortique était enflammé. Mais M. Viguier (6) cite une observation de pleurésie purulente, avec péricardite et Angine de Poitrine consécutive, dans laquelle il rencontra non-seulement l'inflammation du péricarde péri-aortique, mais encore la névrite du plexus cardiaque et celle du nerf phrénique. Aussi, comprenons-nous difficilement que Maurice Raynaud (7) se soit crû autorisé à écrire qu' « aucune autopsie n'a encore montré cette

(1) Bucquoy et Léger. — In H, Léger, loc. cit., p. 71-72, 107, 109.

(2) H. Huchard. — De l'aortite aiguë à répétition. *Union Méd.*, 4 août 1883, p. 197.

(3) Péter. — Leç. Clin. de méd., t. I, p. 482.

(4) Bouillaud. — Traité des maladies du cœur, Paris 1835, t. I, p. 454.

(5) Bochefontaine et Bourceret. — Acad. des Sc. 17 décembre 1877.

(6) Viguier. — Loc. cit., p. 57.

(7) Raynaud. — Art. Péricardite du nouveau Dict. de méd. et de chirurgie pratiques, t. XXVI, 1878, p. 614.

inflammation du plexus cardiaque chez un sujet ayant pendant la vie, les traits si frappants, si solennels de l'*Angor Pectoris.* »

« Donc, continue M. Liégeois, si la péricardite aiguë avec Angine de Poitrine est rare, c'est que la péricardite aiguë qui intéresse la séreuse péri-aortique est elle-même très rare; mais aussitôt qu'elle apparaît, on voit « naître des troubles généraux qui mettent l'existence en péril et parfois entraînent brusquement la mort, troubles généraux que la lésion d'une membrane séreuse, telle que le péricarde, ne saurait en aucune façon expliquer (même en admettant une réaction sur le cœur), et qui se comprennent dès qu'on veut bien songer que l'inflammation du feuillet aortico-pulmonaire du péricarde s'est transmise aux filets vagues et sympathiques du plexus cardiaque ainsi que l'inflammation du feuillet pariétal de cette séreuse s'était transmise aux nerfs diaphragmatiques » (Péter (1).

« Les recherches expérimentales de MM. François Franck et Lagrolet, dit encore M. Liégeois, sont venues fournir un appoint à l'opinion de M. Péter et démontrer réellement ce qu'il n'avait que soupçonné, à savoir que la mort ne peut survenir tant que l'innervation cardiaque est intacte : c'est la névrite aiguë du plexus cardiaque qui explique les paroxysmes angoreux à siège rétrosternal; c'est la névrite phrénique qui, en dehors des accès, explique les douleurs sourdes, continues, exagérées par la pression, aux insertions antérieures et postérieures du diaphragme, aux apophyses épineuses des 2e, 3e, 4e et 5e vertèbres cervicales, au cou, au devant du scalène, la dyspnée douloureuse, et, pendant l'accès, l'apnée par contracture du diaphragme. C'est par les anastomoses du nerf phrénique enflammé avec les filets du sous-clavier et les cordons de formation des 4e et 5e, quelquefois 3e branches cervicales, que l'on peut rendre compte de la douleur de l'épaule qui se propage au bras parce que le plexus cervical s'anastomose avec le plexus brachial, et, quand la névrite cardiaque ne s'accompagne pas de la névrite phrénique, par les anastomoses qui réunissent les pneumo-gastriques à l'arcade que forment les branches antérieures des deux premières paires cervicales avec les ganglions cervicaux supérieur et moyen, par suite avec tous les filets du plexus cervical.

« Oui, dit enfin M. Liégeois, cette névrite aiguë ou chronique, cause prochaine et cause prédisposante des accès, réveillée par la moindre cause occasionnelle, cardiaque, pulmonaire ou gastrique, physiologique ou pathologique, qui exige du cœur un surcroît momentané de travail, cette névrite cardiaque, ou à la fois cardiaque et phrénique, peut amener rapidement, quand elle est aiguë, une syncope mortelle *respiratoire* par arrêt des échanges ou par contracture du diaphragme, ou *cardiaque* par l'impossibilité dans laquelle se trouve le cœur, dont l'innervation est fortement compromise aussi bien après que pendant les accès et dont la fibre musculaire est plus ou moins valide à cause de sa lutte constante contre des lésions d'orifice ou parce qu'elle est affectée de myocardite interstitielle, de survivre longtemps aux orages nerveux (*nerve storms)* qui constituent les paroxysmes. (2) »

Au résumé nous admettons avec M. Ch. Liégeois, électique à bon

(1) Péter. — Leç. de Clin. méd., loc. cit., t. I, p. 480-481.
(2) Ch. Liégeois (mémoire couronné du prix Portal).

droit (cet auteur est revenu dans son mémoire académique sur les idées un peu exclusives qu'il avait soutenues dans son travail couronné par la Société Médicale d'Amiens), l'Angine de Poitrine névritique telle que l'ont comprise, mais moins commune, beaucoup plus rare que ne le pensent MM. Péter et Martinet (1).

Comme lui, nous la croyons suffisamment justifiée par ses symptômes particuliers, sa physionomie spéciale, le traitement différent qu'elle réclame et les désordres trouvés à l'autopsie ; comme lui aussi nous croyons qu'elle est rare (2), qu'elle joue encore plus rarement le rôle de cause étiologique *unique*, et nous reconnaissons que c'est à tort qu'on voudrait avec elle seule légitimer, comme ses partisans ont tenté de le faire, la plus grande partie des cas d'Angine de Poitrine. Nous l'avons souvent dit à propos de cette maladie, la vérité n'est pas dans les extrêmes, et c'est s'exposer à une défaite certaine que de vouloir appliquer le cadre inflexible d'une théorie unique à une affection reconnaissant des causes si multipliées et si disparates qu'elle est bien plutôt un syndrôme qu'une maladie !

3° L'Angine de Poitrine est occasionnée par l'Ischémie mécanique ou fonctionnelle du Myocarde

Cette théorie, que M. Huchard appelle aussi la *théorie artérielle*, par opposition à la *théorie nerveuse*, n'est pas nouvelle. Voici ce qu'écrivait dernièrement à cet égard ce dernier auteur dans le *Journal de Médecine de Paris :*

« A Parry seul revient l'honneur d'avoir indiqué le premier, à la fin du siècle dernier, que le siège de l'*Angor Pectoris* doit être placé dans l'altération des artères coronaires, comme on peut le voir par le passage suivant :

« Je ne puis m'empêcher, disait-il, de faire remarquer que les renseignements » fournis par les ouvertures des cadavres présentent des résultats singulière- » ment uniformes. Je suis très loin sans doute de nier qu'il n'y ait eu des excep- » tions et qu'il ne puisse s'en présenter encore ; mais, à prendre la masse des

(1) M. H. Arnaud, dans une très savante critique du mémoire de M. le Dr Liégeois couronné à Amiens (voir *Revue Médicale de l'Est*, n° du 15 avril 1883), a eu le rare mérite d'esquisser en termes concis, il est vrai, cette théorie *névritique*.

(2) Le docteur Martinet, dans une communication écrite, a répondu à une demande que je lui adressais au mois de septembre 1886 que depuis la publication du livre de M. Péter et de sa Thèse de Doctorat, ni lui, ni l'illustre professeur n'ont observé de nouveau cas d'Angine de Poitrine par névrite cardiaque.

» faits et laissant de côté les exceptions, il est presque impossible de ne pas » convenir qu'il y a dans l'Angine de Poitrine une tendance morbide à l'*ossi-* » *fication dans les environs de l'origine de l'aorte et dans les artères* » *coronaires.* »

« Bien après lui, Jenner, Burns, Kreysig et J. Frank soutinrent la même opinion qui, après avoir été abandonnée pendant de longues années, a été reprise en France par MM. Potain d'abord, Germain Sée ensuite, enfin par moi. Depuis ces divers travaux, la théorie artérielle a fait de nombreux adeptes tant en France qu'à l'étranger (Hérard, Liégeois, Gauthier, Henri Henrot, en France ; Leyden, Strümpell, Rosenbach, Posner, Huber, Carl Frank, en Allemagne ; Santesson, en Suède, etc.), et j'ai pu réunir plus de 70 observations dans lesquelles l'autopsie a démontré de la façon la plus formelle l'existence de l'altération avec rétrécissement des coronaires.

« Au résumé, la théorie artérielle de l'*Angor Pectoris* a été développée et démontrée scientifiquement en France après avoir pris naissance en Angleterre à la fin du siècle dernier, et personne, dans ces dernières années, ne peut s'en attribuer la paternité (H. Huchard.) »

Seulement, ses partisans la soutiennent avec une ardeur différente. C'est ainsi que pour les uns et pour M. Huchard en particulier, l'ischémie cardiaque donne naissance aux Angines *vraies*, les seules qui puissent occasionner la mort, les autres Angines que nous venons d'examiner ou que nous examinerons plus loin (angines neurasthéniques, vaso-motrices, toxiques, etc.) n'étant que des Angines *fausses*, et partant non dangereuses. Pour ceux-là, les absolutistes, les radicaux en cette matière, il n'existe aucun lien de parenté entre les premières et les secondes, elles diffèrent absolument de par l'origine, l'aspect, la nature, le pronostic et le traitement. Pour les autres, il a un lien de famille entre les vraies et les fausses Angines, et il en est parmi ces dernières qui ont un dénouement fatal. Nous exposerons en leur temps ces deux opinions avec la plus grande impartialité. En attendant, nous disons que l'*ischémie cardiaque* peut être l'aboutissant de causes organiques et fonctionnelles fort variées, et contentons-nous, œuvre déjà laborieuse, d'examiner et ces causes et leur rôle pathogénique en faisant de larges emprunts au travail du Dr Liégeois couronné par l'Académie.

L'*aortite simple*, alors même que l'état inflammatoire dont elle s'accompagne ne s'étend pas jusqu'aux artères coronaires, favorise l'état d'ischémie du myocarde et, partant, les accès angoreux, pourquoi ? Parce que, d'abord, le calibre du vaisseau est diminué par des plaques, des dépôts, des exsudats plus ou moins étendus, mais rétrécissant toujours à coup sûr le calibre de l'aorte et l'empêchant

mécaniquement de conduire autant de sang qu'à l'état normal à tout l'arbre artériel, et par conséquent aux artères coronaires ; ensuite, parce que l'irritation pathologique accompagnant l'aortite à son début détermine, ainsi que l'écrivait M. Liégeois en s'appuyant sur les recherches physiologiques de M. François-Franck, et ainsi que le disait, dans une leçon du mois de mai 1886, M. le Dr Huchard, une *contracture* par action réflexe des *vaisseaux artériels*, qui s'étend jusqu'aux coronaires, d'où production d'ischémie cardiaque.

La pathologie expérimentale nous donne, en effet, l'explication de ces phénomènes angineux dans les aortites, à une époque où les coronaires ne sont point envahies par les altérations de l'aorte ; M. François-Franck (1) l'a démontré par des expériences très intéressantes, en introduisant un valvulotome dans l'aorte d'un cheval et en irritant la zone aortique au-dessus des valvules sigmoïdes, il a produit par action réflexe la contraction générale des vaisseaux artériels et augmenté la pression artérielle.

Eh bien, dans l'aortite, les plaques inflammatoires, les exsudats, les traînées de sclérose irritent mécaniquement par leur turgescence, leur rigidité, leurs aspérités, l'aorte et les vaisseaux qui en émanent, de la même manière que le valvulotome.

Ceci aide, a dit M. Huchard, dans sa dernière leçon sur l'Angine de Poitrine faite à Bichat, à faire comprendre pourquoi dans les affections valvulaires on observe des réflexes vasculaires démontrés par une pâleur de la face plus ou moins accentuée.

Il existe, a-t-il dit, une loi de pathologie générale bien clairement établie aujourd'hui, celle-ci : « Les réflexes se produisent dans les lésions superficielles des organes et n'accompagnent pas les lésions profondes. » Dans la fièvre typhoïde, par exemple, on observe souvent au début des phénomènes réflexes (refroidissement, pâleur, horripilation, chair de poule); ces symptômes généraux si étendus se montrent chez des sujets qui ne sont cependant porteurs que d'ulcérations intestinales superficielles et passagères n'occupant qu'une petite place dans l'économie, tandis qu'ils ne se produisent point dans le cancer de l'intestin où des lésions autrement profondes et envahissantes dénaturent et désorganisent toutes ses membranes. Il en est de même pour l'estomac ; quand il est le siège de lésions

(1) François-Franck. — Nerfs sensibles du cœur. Effets « presseurs » opposés aux effets « dépresseurs » *Soc. de Biol.*, 9 juin 1883.

superficielles, quand la dyspepsie est plutôt fonctionnelle, nerveuse, si on peut s'exprimer ainsi, que matérielle et organique, le sujet est assiégé à chaque instant par des réflexes fatigants auxquels il n'est point sujet dans l'ulcère rond, le ramollissement gélatiniforme ou enfin le cancer du ventricule. Cette loi n'avait point échappé à la sagacité de Lassègue qui l'a en tous points confirmée.

On peut donc regarder comme positif et très exact cet aphorisme formulé par M. Huchard « que du jour où une affection profonde envahit un organe, les réflexes ne se produisent plus, » et ceci contribue à éclairer la marche passablement obscure, on le sait, de l'aortite.

A son début, l'aortite aiguë peut s'accompagner des phénomènes réflexes précités, et quand il surviendra en même temps des accès d'*Angor*, on pourra dire que le mal n'a pas encore exercé des ravages considérables et qu'il n'existe pas d'altérations profondes, désorganisatrices de l'aorte. Mais, par contre, lorsqu'avec des symptômes d'aortite chronique et d'Angine de Poitrine les réflexes feront défaut, on aura à redouter des lésions considérables de l'*arteria magna* et une terminaison funeste, parce qu'alors les symptômes angoreux ne sont pas dus à des altérations superficielles, mais bien à l'imperméabilité *mécanique* des coronaires.

Nous sommes encore heureux d'emprunter au mémoire académique de M. Ch. Liégeois les vingt pages qui vont suivre. Elles sont la reproduction textuelle des considérations et réfutations à l'aide desquelles le lauréat du prix Portal a établi physiologiquement l'existence de l'*angor ab ischemiâ-anœmiâ* de cause organique, aussi solidement qu'elle est établie par les faits cliniques :

« Dans l'insuffisance aortique artérielle simple, indépendante de toute lésion des artères coronaires, dit le Dr Liégeois, l'ischémie des artères est aussi plus ou moins généralisée. Le mouvement du sang dans les coronaires qui s'abouchent près de là est plus intermittent que celui d'aucune autre artère, et « le cœur doit souffrir de cette intermittence plus qu'aucun autre organe » (Potain et Rendu) (1). M. G. Debord (2) avait eu tort de déclarer que dans l'insuffisance aortique le système artériel périphérique subit une dilatation relative qui rend la pression artérielle moindre qu'à l'état normal. Les

(1) Potain et Rendu.—Art. Cœur (*Pathologie*).—Insuffisance aortique, du Diction. encycl. des sciences méd.

(2) G. Debord. — Sur quelques modifs de la circul. intrà-cardiaque et artérielle dans l'insuffisance aortique. Th. de doct. Paris 1878.

observations cliniques de M. Potain, les recherches expérimentales de M. François-Franck (1) ont prouvé au contraire que les impulsions systoliques plus considérables consécutivement à l'hypertrophie ventriculaire engendrée par la lésion provoquent comme tout à l'heure l'irritation aortique, un resserrement actif (effet presseur) des vaisseaux artériels, d'où parmi les phénomènes que l'on voit, la tendance à la syncope, la pâleur et le refroidissement des extrémités, etc. M. François-Franck (2) avait constaté par l'étude comparative de la force déployée par le cœur, avant et après la production expérimentale de l'insuffisance aortique sur le cœur d'animaux intacts, et surtout sur des cœurs soumis à une circulation artificielle de sang défibriné, que l'énergie de l'impulsion systolique augmente d'une façon très notable. En examinant la manière dont s'effectue l'écoulement du sang à travers les réseaux périphériques, avant et après l'insuffisance aortique, il a établi, en outre, que l'un des effets les plus remarquables de l'exagération des impulsions sanguines consiste dans le resserrement actif des vaisseaux contractiles. L'influence vaso-motrice est mise en jeu par voie directe et réflexe et provoque un spasme vasculaire destiné évidemment à lutter contre les afflux sanguins violents, à préserver des chocs les éléments anatomiques, à restaurer la pression sanguine moyenne momentanément abaissée par le fait des réflexes aortiques, mais qui à côté de cet avantage présente l'inconvénient d'anémier les organes et explique ainsi la pâleur, le refroidissement. Et la preuve que ce spasme vasculaire est bien en jeu, c'est que toutes les influences capables de diminuer la tonicité directe et réflexe des vaisseaux contractiles empêchent de se produire les phénomènes vaso-moteurs périphériques (morphine, chloroforme, chloral, section des nerfs et de la moelle, curarisation profonde) et s'opposent par suite à la réparation secondaire de la pression.

« Les recherches de Fräntzel (3) ont établi que dans le rétrécissement aortique pur et simple la pression artérielle est moindre que dans l'état normal, de sorte que M. Jaccoud (4) a pu dire à bon droit : « le contraste entre un pouls petit et un ventricule gauche hypertrophié est un bon signe de la sténose aortique ; » conséquemment, dans ce cas encore, l'ondée sanguine destinée aux coronaires est moindre. A plus forte raison en est-il ainsi, et pour les raisons que nous avons énumérées, quand le *rétrécissement aortique* se complique d'*insuffisance*.

« Voilà pourquoi les affections aortiques se terminent rapidement par la dégénérescence granulo-graisseuse de l'organe, terminaison sur laquelle M. Mauriac (5) a amplement insisté à propos de la maladie de Corrigan.

« Si l'aortite simple, avec ses diverses modalités, est susceptible, et personne n'en doute, d'ischémier le myocarde, ce résultat est bien plus vite atteint si, comme c'est le cas fréquent, ses lésions se propagent jusqu'à l'artère coronaire. L'athéromasie aortique et l'athéromasie coronaire sont souvent associées. M. Péter déclare même que quand il y a athérome des artères coronaires, il y a

(1 et 2) François-Franck. — *Soc. de Biologie*, 19 janvier et 2 juin 1883.

(3) Fräntzel. — Zwei Falle von stenosis orificii aortae (Berlin, Klin. Wochensch. 1867).

(4) Jaccoud. — Loc. cit., t. I., p. 676.

(5) Mauriac. — Loc. cit.

toujours athérome de l'aorte. Quoiqu'il en soit de cette dernière assertion, il n'en est pas moins vrai que chez les sujets atteints d'insuffisance aortique athéromasique, MM. Potain et Rendu, M. Huchard, M. Cliffort Albutt ont souvent trouvé les orifices des artères coronaires rétrécis, quelquefois oblitérés par des productions athéromateuses.

« Enfin, il suffit que les *artères coronaires* soient plus ou moins *oblitérées* pour que le cœur, à l'irrigation sanguine duquel elles procèdent pendant la phase systolique, soit ischémié. Et Werger, Ziegler, Huber (1), Strümpell (2) vont jusqu'à penser que l'athérome ou l'ossification des artères coronaires, même non oblitérées, produit autour de ces vaisseaux, comme cela se voit pour le rein dans la néphrite interstitielle, un état d'inflammation, de sclérose myocardiaque, qui peut bien à son tour, en l'absence de l'oblitération des artères coronaires, jouer un certain rôle dans la production d'une ischémie cardiaque.

« L'ischémie myocardique est encore une conséquence de la *dégénérescence graisseuse* du cœur, de sa *surcharge graisseuse*, de sa *dilatation*.

» Si, comme l'ont pensé Virchow, Cohnheim et R. Quain, la stéatose cardiaque est dans quelques circonstances le fait d'une embolie des artères coronaires, l'ischémie par oblitération d'une ou plusieurs de leurs branches ne saurait être niée ; mais, que l'on suppose le cœur dégénéré pour d'autres raisons, on conçoit que, la force contractile de l'organe étant amoindrie, le système artériel du myocarde reçoive moins de sang comme celui de toute l'économie.

« Lorsque le *cœur est forcé*, lorsque, comme l'ont établi MM. J. Renaut et Landouzy (3), les fibres musculaires sont régulièrement atteintes de *fragmentation* par ramollissement du ciment qui unit transversalement à l'état normal leurs cellules contractiles, sa circulation artérielle est singulièrement troublée parce que sa systole est très faible, la rupture d'un des points du réseau compromettant, en raison de leur solidarité, le fonctionnement de toutes les fibres musculaires ; le tracé cardiographique recueilli dans ces conditions (François-Franck et A. Pitres) (4) démontre que le cœur subit des changements de volume caractérisés par une augmentation diastolique et une diminution systolique, cette dernière entraînant à sa suite l'ischémie artérielle dont nous retrouvons du reste ailleurs que dans le cœur les pernicieux effets. La *myocardite scléreuse* est susceptible des mêmes résultats.

« Quand il y a *dilatation du cœur droit* avec *insuffisance tricuspidienne*, consécutive soit à des irritations viscérales, soit à des irritations des nerfs périphériques, les ondées aortiques, nous l'avons déjà dit, d'après M. François-Franck, sont moins volumineuses, d'où ischémie générale, ischémie locale du myocarde.

« Enfin, lorsque les mouvements du cœur sont bridés par des adhérences anciennes, lorsqu'il y a *symphyse cardiaque*, les systoles étant plus ou moins

(1) Werger, Ziegler, Huber. — In Strümpell, Lehrbuch des speciellen Pathologie 1883.

(2) Strümpell. — Loc. cit.

(3) J. Renaut et Landouzy. — Note sur les altérations du myocarde accompagnant l'inertie cardiaque. *Soc. de Biol.*, 15 juillet 1877 et *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1877, n° 29, p. 457 et sig.

(4) A. Pitres. — Loc. cit., p. 116-117.

incomplètes, le sang est projeté en moindre quantité dans les artères coronaires, d'où encore ischémie du myocarde.

« Toutes ces lésions organiques *ischémient* le parenchyme cardiaque, le mettent de par l'ischémie en *imminence morbide* d'Angine de Poitrine, le rendent *subcardialgique*, et peut-être la prédisposition à l'Angine est-elle encore plus accusée chez les cardio-aortiques, buveurs ou tabagiques, gens irritables, neurasthéniques à leur façon, hypéralgésiques, hypéresthésiques, comme dit M. Leudet (1).

« Cette *ischémie*, ajoute M. Liégeois, augmente jusqu'à devenir de l'*anémie*. C'est alors que le myocarde étant tout à coup privé de l'arrivée vivifiante du sang artériel, l'accès d'*Angor* peut surgir. Tant qu'il n'y a qu'ischémie, l'Angine ne saurait éclater ; aussitôt qu'il y a anémie, elle est susceptible de se manifester. Pour la faire éclore, il faut donc qu'il survienne une cause occasionnelle redoublant les effets de l'ischémie, capable de la transformer brusquement en *anémie*. C'est là précisément le résultat des effets des *troubles viscéraux*, des *émotions* : ils transforment l'*ischémie myocardiaque* en *anémie myocardiaque*, transformant du même coup la *subcardialgie* en *cardialgie*.

« Thurn (2) a cru que les *efforts musculaires exagérés* occasionnent l'Angine de Poitrine par l'irritation qu'ils font naître dans les vaisseaux du thorax et du cou. Non, l'effort n'arrive à ce triste résultat que parce qu'il transforme l'ischémie du myocarde en anémie et qu'il exige en outre un excès de travail momentané du *myocarde anémié*. « L'effort (Le Dentu) (3), en effet, commence par une inspiration profonde ; la cage thoracique est fixée par les muscles inspirateurs pour servir de point d'appui solide aux muscles qui vont réaliser l'effort, la glotte se ferme, puis les muscles expirateurs se contractent énergiquement. A ce moment-là, la pression intra-thoracique de l'aorte étant accrue, le sang est refoulé vers les artères périphériques comme le démontrent les tracés sphygmographiques de M. Marey, de sorte que le cœur se trouve considérablement ischémié. M. François-Franck (4), par des expériences exposées avec détail dans la thèse de doctorat de M. F. Lalesque sur la circulation pulmonaire, en produisant sur les chiens les conditions mécaniques de l'effort par l'insufflation soutenue de la trachée pratiquée en même temps que la compression de l'abdomen au moyen d'une large sangle, a montré « qu'à partir d'un certain moment on peut dire que tout le contenu sanguin des organes intra-thoraciques est expulsé au dehors *sans que la réparation soit possible* » ; du côté de la cavité thoracique « la difficulté de la rentrée du sang dans la poitrine est considérable, dit M. François-Franck (5), le retour du sang peut même être complétement suspendu si l'augmentation de la pression intra-thoracique est suffisante pour faire équilibre à la poussée croissante du sang veineux. *Et il n'est pas nécessaire que l'effort soit porté à un très haut degré pour que*

(1) leudet. — *Arc. gén. de Méd.*, 1867, t. I, p. 5.

(2) Thurn. — Syncopa, epilepsia, a acuta vaso-motoria. Deutsch. milit. Zeitsch,

(3) Le Dentu. — Art. Effort du Nouv. Dict. de Médecine et de Chirurgie pratiques.

(4) François-Franck. — *Soc. de Biol.*, 17 mai 1879.

(5) François-Franck. — Mouvements des veines du cou en rapport avec l'action de la respiration et du cœur. *Gaz. hebd. de Médec. et de Chir.*, 10 mars 1882, n° 10, p. 159.

l'effet se réalise. » On conçoit que l'effort qui n'aurait pas grande influence sur la circulation intrà-artérielle d'un cœur normal, même en se renouvelant fréquemment, aura au contraire le pouvoir d'anémier rapidement un cœur au préalable ischémié en raison de ses lésions organiques, si peu développé, si peu renouvelé que soit cet effort. De plus, circonstance aggravante, l'effort exige de la part du cœur un *excès de travail momentané* qui le *fatigue ;* fatigué, le muscle cardiaque lance des ondées moindres dans la circulation aortique, et, quoique le cœur s'accélère peut-être consécutivement à une excitation endo-pulmonaire qui retentit par voie réflexe sur ses appareils nerveux accélérateurs (Hering) (1), il est prouvé que plus l'effort se prolonge plus les quantités de sang qu'il lance décroissent progressivement (François-Franck) (2) ; que, si enfin l'effort est trop considérable, exigeant un effort inspiratoire ou suivi d'une expiration des plus énergiques, l'anémie du parenchyme cardiaque coïncidera avec l'état syncopal de l'organe (Müller) (3), (Wintrich) (4), (Chauveau) (5), (*phénomène d'inhibition* (Brown-Séquard) (6).

« Ainsi, l'effort aboutit à anémier le cœur ischémié à cause même de ses lésions organiques en expulsant le contenu sanguin des organes intrà-thoraciques au dehors, sans que la réparation soit possible, et, en fatigant le cœur qu'il oblige à un excès de travail de quelques instants.

« Les *excitations des organes splanchniques*, reprend M. Ch. Liégeois, peuvent anémier le cœur au préalable ischémié, de deux manières : 1° les troubles nombreux d'*ischémie artérielle locale*, vertiges et autres, qui succèdent aux troubles plus ou moins graves du tube digestif et des organes innervés par le plexus solaire, relèvent, non pas de modifications dans le système vaso-moteur auquel on fait souvent expliquer trop complaisamment beaucoup de phénomènes (H. Arnaud), mais du cœur lui-même. En vérité, les recherches expérimentales, toujours si habilement maniées par M. François-Franck (7) et dont la valeur ici est si grande quand on en compare les résultats aux données de la clinique qui établissent l'ectasie cardiaque droite consécutive aux affections gastro-abdominales, prouvent que l'excitation des nerfs qui se rendent au plexus cardio-pulmonaire (ceux de l'estomac et des viscères splanchniques sont dans ce cas) occasionne *par resserrement des vaisseaux pulmonaires* un certain degré de *dilatation du ventricule droit*, qui se vide moins facilement et présente une augmentation de pression intérieure pendant sa période systoli-

(1) Hering. — Cité par François-Franck. Trav. du lab. Marey, t. IV, p. 411.

(2) François-Franck. — Loc. cit.

n° 6, 1875.

(3) Müller. — Traité de physiol., trad. Jourdan, 1851.

(4) Wintrich. — Ueber des Expirations-puls und über asphyxia mécanica, Méd. Neuigkeiten 1861.

(5) Chauveau. — In Chauveau et Arloing, art. Cœur du *Dict. encycl. des sc. médicales.*

(6) Brown-Sequard. — Recherches expérimentales et cliniques sur l'inhibition et la dynamogénie, etc. *Gaz. hebd.*, n° 52 du 27 janvier 1882.

(7) François-Franck. — Fibres vaso-motrices du poumon. Effets du resserrement des vaisseaux pulmonaires sur la circulation intrà-cardiaque et la circulation aortique. Soc. *de biol.*, 26 juin 1880.

que : d'où *diminution d'afflux sanguin* dans le *système aortique*. Or, si cet effet vient à se produire sur un cœur au parenchyme ischémié par des lésions vasculaires antérieures de l'aorte ou des artères coronaires, il l'anémiera ; sur un cœur atteint d'ectasie du ventricule droit ou gauche, il transformera en anémie l'ischémie myocardiaque que sa lésion entretient ; 2° l'anémie du parenchyme cardiaque, en pareille circonstance, reconnaît aussi pour cause occasionnelle adjuvante l'exagération momentanée du travail du cœur luttant contre l'augmentation de pression des vaisseaux pulmonaires, et si déjà le ventricule droit du cœur est dilaté avec insuffisance tricuspidienne, l'anémie du système artériel en général, du myocarde en particulier, sera vite réalisée, parce que tout ce qui accélère la circulation d'un cœur ainsi anatomiquement constitué diminue considérablement les ondées aortiques (François-Franck (1) déjà diminuées de par le fait de la lésion tricuspidienne.

« Ce resserrement des vaisseaux pulmonaires consécutif aux lésions splanchniques et auquel nous faisons jouer un rôle si actif dans la pathogénie de l'ischémie-anémie myocardique, ne vous rappelle-t-il pas avec satisfaction que Schaeffer (2) voyait la *cause prochaine* de l'*Angor* dans « la paralysie incomplète des muscles du cœur avec un *spasme péridiodique des vaisseaux pulmonaires* ? »

« Il paraît établi aussi, toujours d'après les recherches de M. François-Franck, que par le fait des *émotions vives*, le cœur gauche lance dans l'aorte des ondées sanguines peu volumineuses, précisément parce que les émotions, à l'instar des excitations splanchniques, augmentent momentanément la pression dans l'artère pulmonaire et dilatent le ventricule droit tandis que le cœur s'accélère. C'est par ce moyen, plutôt que par la *classique vaso-constriction*, trop invoquée parfois depuis Magendie (3), que les *impressions morales* anémient rapidement le myocarde ischémié.

« Jusqu'à présent j'ai voulu montrer, dit M. Ch. Liégeois, et ma démonstration paraîtra bien différente de celles proposées par les auteurs, par quel mécanisme les *lésions vasculaires du cœur*, sa *dégénérescence graisseuse*, sa *dilatation gauche* ou *droite excessive*, son *inflammation scléreuse*, causes prédisposantes de l'Angine de Poitrine, arrivent à produire l'ischémie du cœur, état anatomique compatible, si l'on veut, avec un fonctionnement *sans secousses*. J'ai voulu montrer ensuite par quel mécanisme cette *ischémie* pouvait, sous l'influence de *causes occasionnelles* (efforts, troubles splanchniques, émotions) se transformer brusquement en *anémie du myocarde*.

« C'est en effet à cette *anémie brusque du myocarde* succédant, d'un instant à l'autre, tout à coup, *sans phrase*, à l'*ischémie*, que je rattache, d'une façon immédiate, comme l'effet à sa cause, la douleur *précordiale* si caractéristique de l'*Angor Pectoris*, non pas dans tous les cas, mais dans ceux où l'Angine de Poitrine se montre concomitamment avec des lésions *cardio-aortiques* ou *coronaires* indépendantes d'*hypérémie* ou de *névrite du plexus cardiaque*.

« Telle est la conception que je voudrais justifier ; mais, avant d'exposer la

(1) François-Franck. — *Soc. de Biol.*, 20 mai 1882.

(2) Schaeffer. — Loc. cit.

(3) Magendie. — Leçons sur les phénomènes physiques de la vie. Paris, 1837, p. 221-222

manière dont on doit comprendre cette douleur précordiale en pareil cas, je voudrais montrer combien sont peu fondés les arguments qu'on a invoqués contre la possibilité de cette Angine de Poitrine par anémie brusque venant se greffer sur une ischémie organique antérieure.

« MM. Péter et J. Martinet (1) ont dit en substance: nous ne songeons pas à contester la coïncidence des lésions aortiques, voire même coronaires avec l'Angine de Poitrine, mais qui nous prouve que, dans ce cas là, l'Angine de Poitrine soit plutôt le résultat d'une ischémie-anémie que d'une névrite du plexus cardiaque? «Dans un grand nombre d'autopsies citées à l'appui de l'*athérome coronaire,* écrit M. J.-A. Martinet (2) sous l'inspiration de M. Péter, il n'est pas fait mention de l'état des tissus péri-aortiques, ni des nerfs du cœur, et, quand, par hasard, on note que les nerfs du cœur ne présentaient rien de particulier, *on s'est borné à les contempler, mais on n'en a pas fait l'examen histologique.* C'est là, cependant une condition indispensable à remplir avant de nier l'existence d'une névrite. » « Je dis, écrivait aussi M. Péter (3), que tout est à revoir dans les observations d'autopsies *négatives* au cas de mort par le fait de l'attaque d'Angine de Poitrine, attendu qu'on n'a nullement alors examiné le plexus cardiaque que nous avons trouvé lésé, Lancereaux et moi. »

« Oh ! je l'avoue en toute sincérité, répond M. Ch. Liégeois, il est probable, il est certain qu'il en a été bien des fois ainsi, et dans des observations récentes, par exemple celle de MM. Huchard et Pennel et celle que M. Huchard a citée au début de la leçon de cette année. Cet auteur déclare franchement dans le premier cas que le plexus cardiaque n'a pas été examiné au microscope ; dans le second, qu'il n'a subi qu'un examen trop tardif et insuffisant ; mais, MM. Péter et Martinet ne l'ignorent pas, il est des observations où cet examen a été fait et est resté négatif. Il y en avait quatre dans la science, celles de M. G. Gauthier, de Dehio, de Roussy, de Walter-Moxon, au moment où M. Martinet écrivait sa thèse et M. Hérard en a publié une depuis. N'y aurait-il qu'une seule observation de ce genre due à un consciencieux observateur, que cela suffirait, n'est-ce pas vrai, à renverser toute l'argumentation ci-dessus. Or, dans le fait de M. G. Gauthier (*athérome de l'aorte et des artères coronaires avec rétrécissement et insuffisance aortique),* « le plexus cardiaque est parfaitement sain », dans celui de Dehio « le plexus cardiaque préparé et examiné avec le plus grand soin est absolument normal » ; dans celui de M. B. Roussy « les nerfs du plexus cardiaque, disséqués avec délicatesse, ont été examinés avec beaucoup de soin, soit à l'œil nu, soit au microscope, et nulle part on n'a trouvé d'*altération* », et dans ces deux faits, il y avait aussi *athérome de l'aorte* et *des artères coronaires;* dans celui de Walter-Moxon (*coronarite déformante avec thrombose*) les nerfs cardiaques ne présentent aucune altération ; enfin, dans celui de M. Hérard (*athérome de l'aorte et des coronaires*), le plus complet, « l'examen histologique donne un résultat négatif en ce sens que « sur les portions du plexus cardiaque qui ont été examinées on n'a trouvé

(1) J.-A. Martinet. — Loc. cit., p. 18.

(2) J.-A. Martinet. — Loc. cit., p. 18.

(3) Péter. — Leçons de clin. méd., loc. cit., t. I, p. 486.

aucune particularité pouvant permettre de dire qu'il y a une altération quelconque. »

« L'argument tiré du non examen histologique du plexus cardiaque n'a donc pas pour nous, conclut M. Liégeois, la valeur que lui attribuent MM. Péter et J. Martinet.

« Mais, dira M. Arnaud (1) « on connaît des exemples certains d'ischémie cardiaque sans Angine de Poitrine. »

« Rien de plus vrai, en effet, reprend M. Liégeois ; ainsi J. Frank (2) rapporte l'histoire d'un Autrichien qui n'eut jamais de sternalgie et dont l'aorte et les artères coronaires furent trouvées ossifiées : « *sectio cadaveris exhibuit ossificationem cartilaginum costarum, seri plures libras in cavitalibus pleuræ, pulmones passim cum membrana illa concrelos, luberculis osseis refertos, totam arteriam coronariam osseam, aortam ab origine usque ad exilum e cavo pectoris ad superficiem suam internam materia calcaria obductam extus punctis osseis notatam ; et cordis valvulae lithiasi corruptae erant* » ; ainsi, W. Stokes (3) n'a pas observé l'Angine de Poitrine chez un médecin qui eut dans les dernières années de sa vie des syncopes, puis une absence absolue de battements artériels en quelque point que portât l'exploration, et cependant à l'autopsie *les artères coronaires étaient absolument obtitérées dans l'étendue d'un pouce à partir de leur origine par des dépôts calcaires qui les avaient converties en cylindres rigides complétement imperméables. Les valvules sigmoïdes étaient ossifiées et le cœur flasque et graisseux* ; ainsi Hommer (4), chez un homme dont le cœur se ralentit graduellement jusqu'à la syncope mortelle; n'observa pas d'Angine de Poitrine, pas la moindre « douleur dans la région cardiaque, » et cependant à l'autopsie il y avait des *plaques calcaires à l'entrée des coronaires, les obturant totalement, avec dégénérescence graisseuse du myocarde* ; ainsi, dans six cas de *lésions des artères coronaires* cités par Ogle (5), l'Angine de Poitrine n'existait pas ; ainsi elle n'avait pas existé davantage dans celui de M. Blachez (6) où cet auteur a recherché et relevé à l'autopsie les lésions suivantes : « *L'aorte et l'artère pulmonaire sont chargées d'athérome. Les valvules artérielles, bien qu'athéromateuses à leurs bases, sont libres par leurs bords et parfaitement suffisantes. En examinant à l'extérieur les artères coronaires on trouve la coronaire gauche ossifiée dans une partie de son étendue et formant un cordon cylindrique dans toute sa partie ventriculaire.* On constate, après l'avoir ouverte longitudinalement, qu'elle est complétement oblitérée en deux points de son calibre par des bouchons athéromateux dont l'un se trouve au niveau de l'origine du sillon de la face antérieure du

(1) H. Arnaud. — Loc. cit.

(2) J. Frank. — Loc. cit., t. IV, p. 457, note 25. (Extrait des notes de son père).

(3) W. Stokes. — Loc. cit.

(4) Hommer. — Wiener Medecinische Wochenschrift 1877.

(5) Ogle. — Loc. cit.

(6) Blachez. — *Soc. Méd. des hôp.*, 8 juin 1877. De l'oblitération des artères coronaires ; lésions cardiaques consécutives. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, n° 28, du 13 juillet 1877, p. 438-439.

cœur, et l'autre vers la partie moyenne du ventricule, de telle sorte que la partie inférieure de la paroi ventriculaire ne recevait plus qu'une fort minime quantité de sang, l'artère coronaire postérieure étant elle-même athéromateuse et partiellement oblitérée par des productions analogues » ; ainsi, l'Angine de Poitrine n'avait pas non plus existé dans deux cas de M. Samuel West (1), et cependant dans l'un les *valvules* de l'aorte étaient altérées : l'*aorte* elle-même était *athéromateuse*, on pouvait bien apercevoir l'orifice de l'artère coronaire droite, mais celui de l'artère coronaire gauche était invisible ; en disséquant celle-ci on en trouva l'ouverture obstruée par une plaque calcaire ; dans l'autre, le malade étant mort de cancer, on trouva les deux *coronaires obstruées ;* ainsi, enfin, tout près de nous, M. Albert Robin (2) n'a pas observé que l'Angine de Poitrine ait jamais eu lieu chez un individu de quatre-vingt-cinq ans, atteint de cette affection rare connue sous le nom de *dégénérescence calcaire du cœur* et dont l'anatomie pathologique n'a été décrite que par Bouillaud, Andral, Chomel, Corvisart, Guttmann, M. Constantin Paul ; cependant, les *artères coronaires et l'aorte étaient complètement ossifiées ; dans les piliers, il y avait des îlots de sclérose enveloppant les vaisseaux et, au niveau de la paroi interventriculaire, il y avait de l'endopériartérite oblitérante.* » Voilà sans doute les faits (3) qu'invoque M. H. Arnaud contre l'existence de l'Angine de Poitrine par ischémie-anémie du myocarde. Je ne songe même pas, dira cet auteur (4), à contester qu'il y ait, avec de pareilles lésions organiques, ischémie du cœur ; mais puisque cette ischémie ne s'accompagne pas d'Angine de Poitrine, ce résultat positif de l'observation, l'*absence d'angine*, suffit à renverser la théorie de l'Angine ischémique.

« Je vais dire tout de suite, pour qu'il n'y ait pas équivoque, réplique M. Ch. Liégeois, que l'épithète *ischémique*, adaptée à certaines Angines de Poitrine organiques, ne me satisfait point ; elle a pour auteur M. G. Sée, mais me paraît inexacte. L'ischémie du myocarde engendrée par la lésion cardio-aortique, entretenue par elle, permanente comme elle, n'est point la cause *prochaine*, comme disaient les anciens, du paroxysme angoreux, elle n'en est que la cause *prédisposante :* ainsi, si l'ischémie du myocarde ne se transforme pas brusquement en anémie, si les causes occasionnelles, nombreuses, à coup sûr, ne sont pas assez puissantes pour opérer ce brusque changement de l'ischémie myocardiaque en anémie myocardiaque ; si, en un mot, le sang par une voie libre quelconque dans l'une ou dans l'autre coronaire maintient le cœur en ischémie et s'oppose dans une certaine mesure à son anémie, l'Angine peut être évitée.

« Eh bien ! les choses ont pu se passer de cette façon dans le cas de P.-P. Frank où *toute l'artère coronaire*, il est vrai, était *ossifiée*, il n'est pas

(1) Samuel West. — *Soc. pathologique de Londres*, 6 nov. 1883.

(2) Albert Robin. — *Soc. Méd. des hôp.*, 13 mars 1885.

(3) Et aujourd'hui il pourrait y ajouter ceux de MM. Emile Demange et Haushalter (E. Demange, Étude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse, Paris 1886). — (Haushalter. — Recherches sur le cœur sénile, thèse de doctorat, Nancy 1886, n° 236) dans lesquels l'athérome des artères coronaires, constaté à l'autopsie de beaucoup de vieillards, ne se révéla pendant la vie par aucun des symptômes de l'Angine de Poitrine.

(4) H. Arnaud. — Loc. cit., p. 245.

dit *imperméable ;* dans le cas de M. Blachez où les artérioles collatérales pouvaient encore parfaire, dans une limite assez restreinte, à la nutrition du cœur ; dans le premier cas de M. Samuel West, où l'une des coronaires était libre ; dans le second du même auteur, où l'obstruction ne siégeait pas à la naissance des artères cardiaques ; enfin, dans celui de M. Albert Robin, où les artères coronaires ossifiées laissaient passer plus ou moins difficilement le sang, mais le laissaient passer. Or, quand on sait avec M. Samuel West (1), qui a démontré le fait contrairement à M. Hyrtl (en injectant une solution de gélatine colorée par le carmin dans une des coronaires d'un cœur préalablement lavé et maintenu à une température chaude), que les artères cardiaques s'anastomosent, « il est clair que, dans le cas où une artère reste perméable, tout le cœur peut recevoir le sang qui lui est nécessaire. Dans ce cas, le pouls, symptôme inconstant il est vrai, est très lent, et la prolongation de la diastole peut permettre à l'artère coronaire perméable de se remplir plus complètement que d'habitude » (Samuel West (2). Chez les sujets dont parle Ogle, ou bien le calibre des coronaires ossifiées était intact, et alors le sang arrivait au myocarde, ou bien ces vaisseaux atteints de dilatation athéromasique permettaient au sang de pénétrer plus abondamment dans le parenchyme cardiaque, la contractilité artérielle en raison des altérations étant à son minimum.

« Mais dans le cas de Stokes, dans celui de Hommer, l'oblitération parait avoir été totale à partir de l'origine des coronaires, et cependant l'Angine de Poitrine ne s'est pas manifestée. Contester l'existence de cette oblitération totale serait, avouons-le, un procédé indélicat que nous ne comptons pas employer pour nous tirer facilement d'affaire. Non, Stokes, Hommer, ont bien observé.

« Je suis disposé à croire que dans le cas de Stokes et de Hommer, si l'Angine de Poitrine ne s'est pas montrée, c'est que les filets myocardiaques d'innervation sensitive ont pris part peu à peu, insensiblement, à la dégénérescence granuleuse et graisseuse signalée par les auteurs, dont le parenchyme du cœur a été l'objet (3). Dans ce cas là, dégénérescence du cœur, dégénérescence graisseuse des filets nerveux, constitution définitive de l'athérome total avec obturation complète des coronaires, ont marché de front, sans manifestation, sans bruit, sans douleur, parce qu'un nerf graisseux n'est plus un nerf sensitif.

(1) Samuel West. — The Lancet, 2 juin 1883.

(2) Samuel West. — *Soc. pathol. Londres*, 6 nov. 1883.

(3) Comme on peut en juger par le texte exact que j'emprunte au mémoire académique de M. Liégeois, cet auteur n'a pas écrit, quoi qu'en dise M. Péter (*Bul. de l'Ac. de méd.*, 1885, p. 1542), que le nombre considérable de faits de rétrécissement des artères coronaires sans *Angor* s'explique probablement par une dégénérescence graisseuse des extrémités des nerfs du cœur, ce qui leur enlève toute sensibilité ; il a écrit, chose bien différente, que dans les cas de Stokes et de Hommer, il n'est peut-être pas invraisembable d'expliquer l'absence d'Angine de Poitrine par une dégénération des extrémités nerveuses myocardiaques contemporaine de la dégénération du tissu musculaire comme dans une observation de Kennedy. L'opinion de M. Ch. Liégeois pourrait bien, au contraire, être l'expression de la réalité et rendre compte aussi de l'absence d'Angor chez les vieillards aux artères coronaires athéromateuses de MM. E. Demange et Haushalter. Les micrographes décideront dans l'avenir.

Cette conception, l'histologie pathologique, je l'espère bien, en démontrera un jour la réalité. Malheureusement, personne n'a encore songé à diriger ses investigations de ce côté. Je ne connais dans la science qu'un seul cas de dégénérescence graisseuse des nerfs vagues, celui de H. Kennedy (1), chez une femme dans le marasme à la suite d'une dyssenterie ; on avait constaté pendant la vie la plupart des signes attribués à la dégénérescence graisseuse du cœur, et l'attention avait surtout été attirée par la lenteur relative du pouls qui ne battait que 56 fois à la minute alors que l'état de la malade comportait une fréquence exagérée. A l'autopsie, on trouva la dégénérescence graisseuse du cœur soupçonnée pendant la vie, avec une atrophie considérable de l'organe. L'examen microscopique des deux nerfs vagues fut pratiqué et *le droit seul fut trouvé altéré : il était infiltré de granulations graisseuses à une certaine distance du plexus cardiaque.*

« Or, si des troubles nutritifs généraux ont pu occasionner simultanément la dégénérescence graisseuse d'un pneumo-gastrique, à plus forte raison en sera-t-il ainsi des troubles nutritifs locaux ayant leur siège dans les artères cardiaques elles-mêmes. Et, je le répète, semblable processus dégénératif coïncidant avec la stéatose du cœur, au fur et à mesure que les artères coronaires ossifiées se bouchent, ne saurait s'accompagner de phénomènes douloureux : la douleur se manifesterait si les filets nerveux ne participaient pas au processus dégénératif ; ils y participent et l'Angine de Poitrine fait défaut. Voilà pourquoi, pour répondre à une objection de MM. Axenfeld et H. Huchard (2), toutes les stéatoses du myocarde ne sont pas capables de la produire.

« Quand donc E.-H. Desportes (3) et Jurine (4) se sont refusés à faire jouer un rôle pathogénique à l'ossification des artères coronaires, parce que suivant eux il n'y a pas lieu d'établir une liaison étiologique entre cette maladie et des altérations qui existent chez un grand nombre d'individus sans déterminer les paroxysme propres à la maladie de Rougnon-Heberden, ils ont eu tort.

« On a dit : Si en réalité l'ischémie du cœur est susceptible de provoquer l'Angine de Poitrine, vous devriez pouvoir reproduire expérimentalement par la ligature des coronaires la douleur précordiale caractéristique de la maladie de Rougnon-Heberden. Or, à quelles manifestations symptomatiques la ligature des coronaires donne-t-elle lieu ?

« Erichson, Schiff, M. Vulpian, répétant et modifiant les expériences de P. Chirac, avaient fait remarquer déjà qu'après l'obstruction expérimentale des artères coronaires les mouvements du cœur cessent presque aussitôt et tout au moins ne persévèrent pas *ad septuaginta usque horae minula et ultrà,* comme l'avait dit Chirac.

« MM. G Sée, Bochefontaine et Roussy (5), qui ont repris ces expériences et lié tantôt les deux coronaires, tantôt l'artère coronaire postérieure, puis deux rameaux principaux de la coronaire antérieure (tronc auriculaire et tronc

(1) H. Kennedy. — The Dublin *Jour. of. med. science,* avril 1880.

(2) Axenfeld et H. Huchard. — Loc. cit., p. 330.

(3) E.-H. Desportes. — Loc. cit.

(4) Jurine. — Loc. cit.

(5) G. Sée, Bochefontaine et Roussy. — Acad. des sciences, 10 janv. 1881.

ventriculaire) en laissant libre le rameau qui pénètre dans la cloison interventriculaire, tantôt enfin un rameau ventriculaire de la coronaire antérieure à la surface du ventricule gauche, puis un rameau homologue de la coronaire postérieure sur le ventricule droit, ont toujours vu l'*arrêt rapide des contractions rythmiques des ventricules cardiaques*. « L'arrêt de la circulation propre du cœur par oblitération des artères coronaires, modifie, disent-ils, la contractilité des fibres musculaires du cœur de telle façon qu'elles deviennent incapables de se contracter d'une manière rythmique avec leur ensemble habituel. Les fibres ventriculaires se trouvent alors dans des conditions analogues à celles qu'elles subissent sous l'influence des courants faradiques. »

« Voici encore les résultats obtenus par Cohnheim et A. V. Schultess-Rechberg (1) :

« On opère sur des chiens ; le thorax étant ouvert, on resèque une grande partie des côtes et on incise le péricarde. L'opérateur met à nu les artères coronaires, ce qui se fait sans trop de difficulté chez le chien malgré les battements du cœur. On passe un fil sous le vaisseau et l'on pratique la ligature après avoir préalablement mis la fémorale ou la carotide en communication avec un appareil enregistreur. Pendant 30 ou 40 secondes la ligature n'exerce aucune action sur l'activité cardiaque. Ce n'est que vers la fin de la première minute que quelques pulsations font défaut, les pulsations manquantes sont de plus en plus nombreuses, l'action du cœur devient manifestement arythmique des deux côtés ; la courbe s'abaisse un peu. Puis, tout à coup, le cœur qui battait irrégulièrement, mais vigoureusement, *s'arrête subitement* et la courbe de l'appareil tombe à zéro. Cet arrêt subit qui se produit en moyenne 105 secondes après la ligature frappe les deux ventricules en même temps et est *absolument irréparable*. Les deux oreillettes continuent à se contracter vigoureusement. Puis, après 10 ou 20 secondes. on voit se produire dans la musculature cardiaque des mouvements de torsion ou plutôt d'oscillation extrêmement vifs, ressemblant aux contractions péristaltiques, qui disparaissent à leur tour pour le repos définitif.

« Dans ces expériences, les animaux ne succombent pas à l'anémie de la musculature cardiaque (Cohnheim et A.-V. Schultess-Rechberg l'établissent), ils ne succombent pas davantage à une syncope par excitation des nerfs vagues, puisque M. B. Roussy n'a pu l'éviter en injectant préalablement sous la peau du chien une solution de daturine, agent qui abolit le pouvoir frénateur du pneumo-gastrique, ils succombent (par syncope) à un poison spécial du muscle ou du nerf qui serait produit par le travail du cœur lui-même.

« Pour que cette expérimentation physiologique pût être invoquée en faveur de l'origine ischémique de l'Angine de Poitrine, pour qu'elle fût la répétition exacte de ce qui se passe chez l'homme quand se produit l'accès, il faudrait, dit M. Liégeois, que le thorax étant ouvert, une partie des côtes reséquées, le péricarde incisé et une des coronaires par exemple liée dès son embouchure dans l'aorte, l'on soumît l'animal à un effort, à des émotions. Peut-être engendrerait-on ainsi l'Angine de Poitrine ? Mais, qui vous dira que la douleur accusée par l'animal est

(1) Cohnheim et A.-V. Schultess-Rechberg. — Archives de Virchow, t. LXXXV, p. 503.

plutôt de l'Angine de Poitrine que le résultat des incisions qui ont mutilé son thorax ? Qui vous dira que cet animal a des douleurs dans le cou, dans l'épaule du côté gauche ? Nous restons convaincu que jamais l'expérimentation sur les animaux ne résoudra ce problème pathogénique (1) ; aussi les arguments qu'on voudrait tirer contre l'origine organo-ischémique-anémique de l'Angine de Poitrine basés sur la non constatation de l'Angine, après la ligature des coronaires, ne paraissent-ils pas devoir nous arrêter plus longtemps. Mais, de ce que des expériences ne reproduisant pas les faits naturels ont donné des résultats qui ne signifient rien en ce qui concerne l'Angine de Poitrine, ce n'est pas un motif de les mettre au passif de l'opinion que nous défendons en ce momoment.

« D'après M. J.-A. Martinet (2), si l'ischémie du myocarde était en jeu, si les extrémités nerveuses de ce myocarde étaient le point de départ de la douleur, cette douleur siégerait en *plein cœur*, tandis qu'elle est primitivement *rétro-sternale*, occupant la base du cœur, la région péri-aortique.

« Eh bien oui, répond M. Liégeois, précisément cette douleur siège habituellement *en plein cœur, à la partie moyenne de la région précordiale*, c'est M. G. Sée (3) qui le dit, et son témoignage a bien quelque valeur ; certainement, il y a une douleur rétro-sternale dans un certain nombre de cas d'Angine de Poitrine hypérémique, névritique ou névralgique, qui est le paroxysme de cette sensation pénible plutôt que douloureuse, de cette sensation de corps étranger situé au voisinage de la fourchette sternale, dont M. J. Bucquoy nous a laissé l'excellente description sous le nom de *douleur rétro-sternale* ; mais la douleur rétro-sternale existe aussi dans bien des cas d'angine ischémique, pour la raison toute simple que l'irritation des branches nerveuses sensitives du cœur peut se faire ressentir aussi bien dans le plexus cardiaque qui les réunit près de l'aorte, derrière la fourchette du sternum, qu'en plein cœur où ces branches sont primitivement excitées. Au reste, ces branches sensitives étant excitées en un point, la douleur, aussi bien dans les Angines ischémiques-anémiques que dans les névritiques ou les névralgiques, pourra affecter des sièges variés, apparaître aussi bien à la partie moyenne de la région précordiale (G. Sée) que derrière le sternum (J.-A. Martinet), à gauche ou à droite (Laennec) (4) de celui-ci ou suivant une ligne transversale réunissant les deux mamelons (Fothergill) (5), ou qu'au-dessous du sternum (G. Sée) (6), H. (Huchard) (7), suivant qu'elle reste localisée aux filets nerveux de la partie moyenne du cœur ou de la pointe de cet organe, ou qu'elle gagne, comme un centre, le plexus cardiaque.

---

(1) Sait-on, écrit justement M. Péter (*Bull. de l'Ac. de Méd.*, loc. cit., p. 1543), si le chien ainsi maltraité souffre comme l'individu atteint d'Angine de Poitrine ? s'il éprouve les irradiations de cete tAngine ? et doit-on s'étonner de le voir panteler, puis mourir par arrêt du cœur, une centaine de secondes après la ligature ? On mourrait à moins.

(2) J.-A. Martinet. — Loc. cit., p. 21.

(3) G. Sée. — Loc. cit., p. 232.

(4) Laennec. — Loc. cit., t. III, p. 349.

(5) Fothergill. — Loc. cit.

(6) G. Sée. — Loc. cit., p. 239.

(7) H. Huchard. — Loc. cit., p. 8.

« M. J. A. Martinet (1) formule encore contre la théorie de l'ischémie myocardiaque un autre reproche qui pourrait être fondé : « Quelque haut placé, dit-il, que soit le cœur dans l'échelle organique, il n'en est pas moins vrai que la sensibilité du myocarde est obtuse, tout le monde est d'accord là-dessus. »

« Oui, répond M. Liégeois, tout le monde sait bien que le jeune de Montgomery, dont parle Guillaume Harvey (2), ne s'apercevait pas que l'on touchait son cœur, à moins qu'il n'y regardât ; tout le monde sait que Haller (3) a pu pincer, tenailler le cœur sans y déterminer la moindre douleur ; que Richerand (4) a fait la même observation sur un médecin à qui il avait incisé un large lambeau de la plèvre et plusieurs côtes ; que chez un enfant atteint d'ectopie partielle du cœur, O'Brion (5) a pu, sans éveiller aucun symptôme douloureux, pratiquer des attouchements sur cet organe ; que M. Gallard (6) a relaté une autopsie dans laquelle, malgré l'absence de symptômes douloureux du côté du cœur, il reconnut une aiguille implantée dans le myocarde. Mais si l'on sait tout cela, on sait bien aussi que les expériences de Goltz (7) établissent la très grande sensibilité des ventricules aux agents douloureux. Goltz prouve que cette sensibilité est considérablement amoindrie après la section des nerfs pneumogastriques, je dis amoindrie, le ganglion de Ludwig, foyer plus ou moins autonome, étant encore intact.

« Ce nouvel argument de M. J.-A. Martinet menace donc d'être détruit par les expérimentateurs modernes, dont Goltz n'est pas l'un des moins remarquables.

« M. J.-A. Martinet (8) a aussi peine à comprendre l'intensité de la douleur précordiale quand il songe à la dégénérescence graisseuse du myocarde inévitable avec une circulation et une nutrition imparfaites : « le muscle, ajoute-t-il, « doit avoir perdu toute sensibilité, on l'a trouvé dans certaines autopsies ab- « solument graisseux. Il ne pouvait pas souffrir. » Muscle graisseux ne veut pas dire : *branches nerveuses sensitives graisseuses*. Et nous avons montré tout à l'heure que très probablement le processus dégénératif existait dans quelques cas ; mais les histologistes qui n'ont pas encore porté leurs recherches de ce côté, diraient peut-être que c'est bien rare, le tissu nerveux résistant toujours longtemps, indéfiniment quelquefois, aux lésions nécrobiotiques.

« M. J.-A. Martinet (9) dit qu'on a comparé à tort la douleur précordiale au sentiment douloureux dont les muscles anémiés sont le siège et aux souffrances de l'asphyxie locale des extrémités. « Nous ferons remarquer, dit-il, qu'il n'y a « aucune analogie, car la douleur des muscles anémiés et celle de l'asphyxie

(1) J.-A Martinet. — P. 20-21.

(2) Guillaume Harvey. — *Exercitat. anat. de motu Cordis*, 1862.

(3) Haller. — *Elementa physiologiæ*, Lausanne 1756.

(4) Richerand. — Cité par Longet. Traité de Physiologie.

(5) O'Brion. — Case of. partial ectopia. American *Journal of. médical sciences*, t. XXIII, 1838.

(6) Gallard. — Cité par Nicaise, Ass. fr. p. l'av. des sc., Blois, 6 sept. 1884.

(7) Goltz. — Ubergefäss erwerternde Nerven (Pflüger's Archiv. f. physiologiœ. Bonn 1874, vol. IX, p. 174.

(8) J. A. Martinet. — Loc. cit., p. 23.

(9) J. A. Martinet. — Loc. cit., p. 20-21.

» locale n'éclatent jamais brusquement pour disparaître avec la même soudaine-
» té, mais qu'elle s'établit peu à peu, à mesure que les altérations organiques
» des parties malades progressent, et, qu'une fois installée, elle est presque
» continue et présente des exacerbations. » Cette comparaison, qui appartient à MM. Axenfeld et H. Huchard, n'est pas en effet absolument juste ; mais parce qu'elle n'est point l'expression exacte de la réalité, cela ne prouve pas que la théorie de l'ischémie cardiaque soit fausse, et il n'est pas difficile de trouver des troubles ischémiques locaux donnant lieu à des paroxysmes douloureux locaux analogues à la douleur cardiaque de l'Angine de Poitrine. Tout récemment, à l'Académie de Médecine, lorsque M. Hérard a lu son observation d'Angine organique ischémique, M. Léon Le Fort (1) n'a-t-il pas dit avec beaucoup de vérité : « Quant à l'intensité des douleurs ressenties au moment de l'attaque, elle n'a rien d'étrange pour les chirurgiens qui ont pratiqué la compression digitale sur des anévrysmes ; tous savent qu'à un certain moment, quand l'ischémie devient complète par la formation d'un coagulum, le malade accuse dans tout le membre des *douleurs atroces tout à fait comparables, sauf pour le siège, à celles de l'Angine de Poitrine.* »

« J'avoue, dit encore M. Constantin Paul (2), en prenant part à la même discussion, que j'ai toujours été étonné de voir une *lésion, permanente* comme est celle que nous montre M. Hérard, se traduire par accès *intermittents* et surtout par les douleurs aiguës de l'Angine de Poitrine. »

« MM. Axenfeld et H. Huchard ont répondu à l'avance à cette objection : « Vainement, disent-ils (3), voudrait-on arguer de la discontinuité des accidents pour mettre hors de cause une lésion permanente ; rien ne serait plus contraire à ce qu'enseigne l'observation journalière que de considérer l'intermittence comme l'apanage exclusif des névroses essentielles. » Trousseau (4) a montré qu'au cas de lésions cardio-aortiques les paroxysmes angoreux peuvent avoir une périodicité souvent parfaite.

« La théorie de l'*Angine de Poitrine par ischémie-anémie du myocarde de cause organique* (c'est en pareille circonstance que Friedreich (5) a trouvé à l'autopsie les *veines coronaires distendues*) nous paraît donc devoir persister tout entière, les attaques dont elle a été l'objet ne l'ayant en rien ébranlée. Elle subsiste telle que Kreysig, M. Potain, Balfour, M. G. Sée (6), M. Gauthier, moi-même, à peu près en même temps que M. H. Huchard, M. Hérard l'avons exposée.

« Que l'on songe, écrit M. Potain (7), aux sensations douloureuses, aux désordres des mouvements du cœur qui constituent l'accès d'Angine de Poitrine, que l'on se rappelle que ces accès surviennent toujours à l'occasion d'une marche fatigante, d'efforts musculaires ou d'émotions vives, c'est-à-dire dans des

(1) Léon Le Fort. — *Bulletin de l'Ac. de méd.*, loc. cit., p. 1525.
(2) Constantin Paul. — *Bulletin.* Loc. cit., p. 1524-1525.
(3) Axenfeld et H. Huchard. — Loc. cit., p. 324.
(4) Trousseau. — Loc. cit., t. II, p. 440.
(5) Friedreich. — Loc. cit.
(6) G. Sée. — Leçons sur l'Angine de Poitrine. *France médicale* 1875, p. 214.
(7) Potain. — *Art. Anémie du Dict. Encycl. des sc. méd*, t. IV, p. 347-348.

circonstances où le cœur doit se contracter fréquemment et fournir plus de travail ; qu'on se souvienne enfin que maintes fois on a rencontré sur le cadavre des malades atteints de cette affection quelque rétrécissement avec ossification des artères coronaires, et l'on trouvera bien vraisemblablement que le cœur n'échappe pas à la loi commune, que lui aussi s'épuise vite quand des artères ne lui peuvent pas donner le supplément de sang rendu nécessaire par un surcroît d'activité, et qu'alors il devient le siège de désordres douloureux, exactement comme fait le muscle d'un membre inférieur. »

« Pour M. G. Sée (1) « l'olighémie d'un nerf sensible se traduit par des douleurs et de l'engourdissement. Ainsi se trouve expliquée la douleur *sous-sternale* de l'Angine de Poitrine : elle est la conséquence obligée de l'ischémie des filets intra-cardiaques du *nerf pneumo-gastrique.* »

« Le cœur, insuffisamment nourri par des vaisseaux plus ou moins rétrécis est mis en quelque sorte en état d'imminence morbide d'Angine de Poitrine. Il arrive pour lui ce qui se produit pour les membres inférieurs affectés de *claudication intermittente.* Ici, les artères iliaques étant incomplétement oblitérées le liquide sanguin passe encore en assez grande quantité par la simple station ou une marche modérée ; mais celle-ci vient-elle à se prolonger ou à se précipiter, le sang n'arrive plus en assez grande quantité, les membres se fatiguent rapidement et deviennent très douloureux, ils sont atteints d'inertie et s'arrêtent jusqu'au moment où le repos aura rendu aux muscles une nutrition suffisante. Pareil accident arrive pour le cœur dont les vaisseaux coronaires sont incomplétement oblitérés à leur origine. Dès lors, lorsque le cœur n'est pas excité, il reçoit assez de sang pour les besoins de son fonctionnement régulier et normal et le malade ne souffre pas ; mais vienne une cause, une émotion, un effort, une marche trop rapide, une ascension quelconque, etc., qui précipite le mouvement cardiaque ou nécessite de la part du cœur une augmentation d'activité, le sang va manquer aux muscles, aux nerfs, et l'on verra survenir des accidents éminemment douloureux, en tout comparables à ceux que l'on observe dans la claudication intermittente des extrémités..... Ainsi, d'après la théorie que nous invoquons et à laquelle nous nous rallions formellement avec MM. Potain et G. Sée, l'Angine de Poitrine vraie ne serait autre chose qu'une sorte de *claudication intermittente du cœur.* » (H. Huchard) (2).

M. Hérard (3) reproduit les mêmes arguments :

« Il se passe en pareil cas, dit-il, ce qui arrive chez les animaux qui ont les artères des membres inférieurs oblitérées en partie. Tant que ces animaux marchent lentement, on ne remarque rien d'anormal. Le peu de sang artériel que les muscles reçoivent suffit pour un travail modéré de ces muscles, mais qu'on veuille une marche rapide, qu'on pousse l'animal, il boite, s'arrête et tombe. Or, chez le malade en question, les choses se passaient de même. L'ischémie ne se faisait sentir par des accès d'Angine de Poitrine que quand le cœur battait plus vite, sous l'influence d'une émotion, d'un repas copieux, etc. »

(1) G. Sée. — Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur, etc. Loc. cit. p. 215.
(2) H. Huchard. — Loc. cit., p. 18-19.
(3) Hérard. — Supr. cit. p. 1525.

« Cette comparaison à la claudication intermittente a quelque chose de séduisant. M. Goubaux (1) a parfaitement établi que le cheval qui a une embolie dans une artère principale du train postérieur ne boite pas quand il a pris du repos, mais qu'il est bientôt affecté de boiterie très douloureuse et qu'il traîne le membre si on l'excite à la course. M. Charcot (2) a fait la même observation chez un homme dont l'artère iliaque droite primitive était oblitérée par un anévrysme de la portion terminale de l'aorte situé auprès d'une balle logée au voisinage du sacrum. Si l'on faisait marcher cet homme activement, il avait un accès de paralysie douloureuse avec claudication du membre inférieur droit qui se dissipait par le repos (3).

« Notre opinion personnelle diffère très peu de celles que nous venons d'exposer. Pour nous, la lésion organique prédispose le cœur à l'Angine de Poitrine parce qu'elle ischémie le myocarde. La cause occasionnelle (physico-dynamique, psychique, réflexe) transforme cette ischémie en anémie pour un double motif, *a)* quand elle est *physico-dynamique* : 1° parce qu'elle expulse le sang du myocarde sans que la réparation soit possible ; 2° parce que le cœur, pris un instant de palpitations et fatigué en raison de sa lutte contre la résistance périphérique, envoie moins de sang dans le système coronaire comme dans tout le système artériel, *b)* quand elle est *psychique* ou *réflexe* : 1° parce qu'elle détermine momentanément le resserrement des vaisseaux pulmonaires et la dilatation du cœur droit, avec ou sans insuffisance tricuspidienne, d'où diminution des ondées coronaires aussi bien que des ondées aortiques ; 2° parce qu'elle provoque des palpitations cardiaques réactionnelles, contemporaines du resserrement des vaisseaux pulmonaires et momentanées comme lui, d'où nouvelle diminution des ondées coronaires comme des ondées aortiques à la suite de la fatigue du myocarde. Affectés pour ce double motif (contentons-nous maintenant de cette expression), *les nerfs sensitifs du cœur* éveillent le paroxysme.

---

(1) Goubaux. — Mémoire sur les paralysies du cheval causées par l'oblitération de l'aorte postérieure, etc. *Rev. de méd.* vétérinaire prat., 1846.

(2) Charcot. — Sur la claudication intermittente observée dans un cas d'oblitération complète d'une des artères iliaques primitives. *Gaz. méd. de Paris* 1859. — Voir aussi Terrillon. Note à propos de la claudication intermittente. *Revue de chirurgie*, oct. 1886.

(3) Nous devons, pour être complet, reproduire ici les critiques formulées récemment par M. Péter (Sur le concours pour le prix Portal, au nom d'une Commission composée de MM. Hérard, Bucquoy et Péter, rapporteur. *Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris 1885, n° 47, séance du 24 novembre, p. 1544-1545) contre cette comparaison :

« La théorie artérielle, écrit le savant professeur, a momentanément repris un renouveau d'actualité, grâce à la comparaison bizarre de l'Angine de Poitrine de l'homme à la claudication intermittente du cheval. N'est-il pas bizarre, en effet, de transporter dans le domaine du mouvement un acte qui se passe dans le domaine de la sensibilité ? N'est-il pas bizarre de comparer une douleur *continue*, excessive, crucifiante, rayonnant de toutes parts sur le plexus pulmonaire et solaire comme sur le sympathique tout entier, de comparer, disons-nous, cette douleur, surtout et sans conteste continue, à une douleur locale et qui reste localisée, à une douleur intermittente et qui reste telle, à une douleur enfin qui ne se manifeste que dans l'acte de la marche et qui cesse avec elle ? Est-ce que c'est par l'acte musculaire du cœur et à chaque contraction de celui-ci que se produit la douleur de l'*Angor* ? Mais alors cette douleur se manifesterait d'une façon intermittente, et chaque *coup* de cœur serait douloureux ainsi qu'il arrive pour un muscle actuellement

« Je crois, ajoute M. Liégeois, cette conception rigoureusement déduite des enseignements les plus précis que nous fournit la physiologie pathologique actuelle.

« Mais, continue cet auteur, quel est le siège précis de cette douleur *ischémique-anémique* ? Le *nerf pneumo-gastrique* seul, répond M. Jaccoud : « Si la physiologie nous enseigne, dit ce clinicien (1), qu'il est un tronc nerveux dont l'excitation peut rendre compte de tous les phénomènes symptomatiques de l'Angine de Poitrine, la physiologie nous désigne les nerfs pneumo-gastriques comme le siège précis des déterminations de l'*Angor Pectoris.* »

« De son côté, M. H. Arnaud avoue qu'il a une tendance à admettre, dans la majorité des cas, la localisation dans les rameaux cardiaques du pneumo-gastrique. M. J.-A. Martinet se demande pourquoi le sympathique cardiaque ne serait pas aussi bien que le pneumo-gastrique le siège de la douleur : « Est-il possible de nier, dit-il, la douleur atroce, angoissante, indicible, de certaines névralgies viscérales abdominales liées ou non à des altérations organiques, et où le sympathique seul peut être incriminé ? Pourquoi ce qui se passe pour le sympathique abdominal n'aurait-il pas lieu quand il s'agit de sympathique cardiaque ? Nous n'en voyons pas bien la raison. »

---

endolori et ainsi même qu'on l'observe pour le cœur lui-même dans certains cas de palpitations nerveuses. Or, la douleur de l'Angine est continue, elle atteint d'emblée son maximum et le garde pendant toute la durée de l'attaque ; puis elle cesse brusquement, soit par la mort, soit par l'épuisement même de la sensibilité.

« Pour rester un moment dans le domaine de la motilité (où l'on a si étrangement transporté la discussion), cette douleur continue de l'Angine de Poitrine ne devrait pas être comparée à une boiterie, laquelle est intermittente, mais à une crampe, laquelle est continue. Or, la lésion des artères de la jambe du cheval ne produit pas la crampe, mais, d'après les partisans mêmes de la doctrine, une claudication, et une claudication intermittente.

« Tout cela n'est donc pas seulement bizarre, mais profondément inexact, et tout cela n'a pu séduire qu'un moment quelques esprits par je ne sais quoi de matériel dans l'idée. »

En regard de cette entraînante critique nous ne saurions résister au désir de reproduire textuellement ce que nous écrivait il y a quelque temps à ce propos notre obligeant ami, M Ch. Liégeois :

« Cette comparaison de l'Angine de Poitrine de l'homme à la claudication intermittente du cheval n'a pas eu, dit-il, don de plaire à M. Péter : dans un chaud plaidoyer l'éminent professeur montre ce qu'elle a d'inexact. Je ne lui en fais pas de reproche. Il faut cependant bien déclarer que les auteurs de la comparaison ne lui avaient point accordé pareille importance ; il faut dire surtout et dire hautement, quoi qu'en pense M. Péter, que ce n'est pas « grâce à cette comparaison bizarre de l'Angine de Poitrine de l'homme à la claudication intermittente du cheval » que « la théorie artérielle a momentanément repris un renouveau d'actualité » ; non, elle a été accueillie avec une telle faveur grâce à la rigoureuse interprétation rationnelle qu'elle donne des résultats d'un grand nombre d'autopsies consignées dans la science et surtout d'autopsies récentes dont les aveugles de parti pris pourront seuls, tant ils s'imposent, méconnaître les enseignements. De ce que la comparaison qui transporte « dans le domaine du mouvement un acte qui se passe dans le domaine de la sensibilité » (Péter) est incorrecte (personne sans doute aujourd'hui ne le contesterait, même parmi ceux qu'elle a pu séduire un moment « par je ne

(1) Jaccoud. — Art. Angine de Poitrine. *Dict. de Méd. et de Chir. prat.*, t. IV, p. 503, 1865.

« Quelque séduisante que soit cette comparaison qui n'est pas une preuve, elle ne nous entraînerait pas si la sensibilité du sympathique cardiaque, obtuse, il est vrai, n'était démontrée expérimentalement.

Or, Goltz (1) a établi qu'après la section des deux nerfs pneumo-gastriques, si on touche le cœur des animaux ailleurs qu'aux oreillettes, il manifeste encore de la douleur. On est ainsi obligé d'attribuer un certain degré de sensibilité aux autres filets qui constituent le réseau cardiaque, et par conséquent aux filets nerveux sympathiques. L'opinion de M. Poincaré (2) est celle qui se rapproche le plus de la vérité ; il pense que lorsque la douleur consiste en une forte pression, c'est qu'elle s'est engagée plus spécialement dans le sympathique, et qu'elle a pris au contraire la voie du pneumo-gastrique lorsqu'elle est aiguë et ressemble aux douleurs névralgiques des nerfs cérébro-rachidiens (ce qui n'est pas une raison de penser avec Lartigue (3) qu'elle commence par les filets sympathiques pour gagner le pneumo-gastrique).

« Où l'on a été trop loin, c'est lorsqu'on a attribué à l'excitation douloureuse du sympathique les palpitations du début ou de la fin de l'accès (quand il y en a), la pâleur du visage, le refroidissement des extrémités et certaines manifestations semblables à celles du péritonisme.

« Eulenburg et Guttmann (4) ont pensé que la tachycardie, en cette occurrence, tenait à l'excitation ischémique des ganglions excito-moteurs automatiques du cœur (Angine de Poitrine cardio-centrale ou ganglionnaire) (ganglion de Remak ou ganglion du sinus placé à l'embouchure de la veine-cave inférieure, ganglion de Bidder ou ganglion ventriculaire placé dans la cloison interventriculaire gauche, dont les cellules unipolaires sont l'aboutissant des filets sympathiques accélérateurs cervicaux dorsaux qui ont d'abord traversé le plexus

---

sais quoi de matériel dans l'idée » (Péter), cela n'ébranle ni ne renverse l'édifice anatomo-physiologique solide comme le roc sur lequel a été bâtie depuis la théorie artérielle et sur lequel notre savant ami, M. H. Huchard, va l'étayer encore bientôt par de nouveaux faits. L'excellent rapport de M. Péter ne prévaudra pas efficacement contre cet édifice né hier, quoique contruit avec des matériaux aussi bien antiques que contemporains : toutefois, oserai-je le dire, je n'ai pas été peu surpris de voir le savant rapporteur de la Commission académique attaquer par cette *voie oblique* les concurrents bien inspirés qui ont consacré à cette théorie l'attention qu'elle mérite. J'eusse préféré, en ce qui me concerne, voir M. Péter réduire à néant, un à un, par des raisonnements de nature à entraîner la conviction de la généralité (il faut bien avouer que jusqu'à présent son éloquence n'y a pas réussi) les arguments que j'avais pour ma part accumulés si aisément et courtoisement opposés à sa thèse *nerviste* exclusive soutenue dans ce concours par son élève distingué, M. Antony Martinet. Cette réfutation convaincante de M. Péter et de ses rares adeptes dans la matière, je l'attends et ne désespère pas de l'attendre..... longtemps. »

(1) Goltz. — Loc. cit.

(2) Poincaré. — Le système nerveux périphérique au point de vue normal et pathologique. Paris 1876, p. 398.

(3) Lartigue. — Loc. cit.

(4) Eulenburg et Guttmann. — Die Pathologie des Sympathicus, etc. Berlin 1873. *Angina Pectoris*, p. 103-123.

cardiaque (Kölliker)), parce qu'ils croyaient avec Stannius (1), Bowditch (2) et Berstein (3), et comme l'a cru prouver encore récemment M. H. Arnaud (4), qu'ils produisent de toutes pièces le mouvement rythmique du cœur, tandis qu'il est établi aujourd'hui qu'ils sont seulement des organes d'entretien et de régulation (Volkmann (5), Bidder (6), Brown-Séquard (7), Eckhard, Heidenhain (8), Schiff (9), Luciani (10), Rossbach (11), Merunowicz (12), Marey (13), Ranvier (14), Dastre et Morat (15), Ludwig et Luchsinger (16), W. H. Gaskell (17) Agostino de Souza (17), Laborde (18).

« Si les rameaux sympathiques cardiaques seuls se trouvaient excités, les palpitations devraient s'en suivre, mais, comme ils le sont simultanément avec les rameaux vagues, c'est à l'excitation de ces derniers qu'il faut rapporter tous les phénomènes. Pourquoi ? Parce que, et c'est ce qu'on n'a pas dit : 1° pour que les nerfs accélérateurs du cœur entrent en action motrice, il ne faut pas qu'il

---

(1) Stannius — Zwei Reichen physiologischer Versuche. — Arch. f. anat. und physiol. 1852.

(2) Bowditch. — Ueber die Eigenthümlichkeiten der Reizbarkeit welche die muskelfasern des Herzens zeigen Arb. aus d. phys. Anst. Leipzig, 1871 et : Does the apex of the Heart contract automically ? (*Journ. of. physiol. Cambridge*, vol. I, n° 1, p. 104-107, 1878).

(3) Bernstein. — Centralbl. f. d. med. Wiss. p. 385-435, 1876 (orig. M.).

(4) H. Arnaud. — De l'asphyxie des tissus ou endasphyxie, Montpellier et Paris 1884, p. 79.

(5) Volkmann. — Nach Weisung der Nervencentra von Welchen die Bewegung der Lymph. und Blütgefass. Herzen. Ausgeht. *Müller's Arch. anat. und physiol.* 1844.

(6) Bidder. — Eod. loc., 1852.

(7) Brown-Séquard. — The medical Examiner. Philadelphie 1853, p. 504.

(8) Eckhard, Heidenhain. — Muller's Archiv. 1885.

(9) Schiff. — Lezioni de Fisiologia sperimentale sul syst. nerv. encephalico. Compil. Pietro Marchi. 2e édit. Florence 1873.

(10) Luciani. — Eine periodische Function der isolirten Froschherzens *Arb. aus d. phys. Anst. Leipzig 1873*).

(11) Rossbach. — Ueber die Unwandlung der period. aussetz. Schlagf. d. isol. Froschherzens in die rhythmische (*eod. loc.* 1874).

(12) Merunowicz. — Ueber die chemischen Bedingung f. d. Enteh. d. Herzsbhlager, (eod. loc. 1875.)

(13) Marey. — Trav. du labor., t. II 1876 et Comptes-rendus de l'Ac des. sc. 1878.

(14) Ranvier. — Leçons du Collège de France sur le système musculaire 1875-1876, et Leçons sur les appareils nerveux terminaux des muscles de la vie organique (1877-78). Paris 1880 et Rev. int. des sc. Janvier 1878.

(15) Dastre et Morat.—*Soc. de biol.*, déc. 1877. Rev. int. des sc. 1878 et Ac. des sc. 1882.

(16) J.-M. Ludwig et Luchsinger. — Zur Innervation des Herzens. *Centrabl. f. d. med. Wiss* n° 23. Juin 1879. (Orig. M.).

(17) W. H. Gaskell. — On the tonicity of the Heart. Congrès de Londres 1880. *Journ. of Physiol.* Cambridge 1880. Vol. III, n° 1.

(18) Agostino de Souza. — Mouvements rythmiques du cœur. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, n° 26, 1er juillet 1881.

(19) Laborde. — *Soc. de biol.* 23 juillet 1881.

y ait de douleurs violentes en un point quelconque de l'économie, et conséquemment pas de douleur précordiale paroxystique (Volkmann (1) ; 2° parce que quand les sympathiques et les pneumo-gastriques sont excités à la fois, le résultat obtenu est toujours un effet pneumo-gastrique, le ralentissement du cœur (Rutherford (2). « Les physiologistes, écrit M. François-Franck (3), avaient déjà émis l'hypothèse que deux nerfs d'attributions différentes étant simultanément excités, on obtient la réaction propre à celui qui est le plus excitable, ou qui, en d'autres termes, aboutit à des appareils périphériques plus faciles à mettre en jeu. Mais cette hypothèse ne nous semble avoir pris une sérieuse consistance que depuis les travaux de Bowditch et de Baxt sur l'excitabilité comparée des nerfs modérateurs et des nerfs accélérateurs. Ces deux auteurs ont prouvé que *la mise en action du pneumo-gastrique suffit à supprimer complétement l'influence des nerfs accélérateurs à quelque moment de leur excitation que se produise l'influence modératrice du nerf pneumo-gastrique.* »

« C'est parce que les rameaux sympathiques cardiaques participent à la douleur, c'est parce qu'ils sont affectés que la douleur a pour caractère d'être *constrictive* (dolor cum constrictione pectoris, Schmidt), comme si elle était liée à un « spasme momentané du myocarde », à une « forte crampe du cœur » (Heberden (4), Macbride (5), Hamilton (6), Baumes (7), J. Latham (8), Lente (9), mais c'est de la douleur pneumo-gastrique que relèvent tous les autres symptômes cardiaques et extra-cardiaques de l'Angine de Poitrine :

« 1° *Tous les symptômes cardiaques relèvent du pneumo-gastrique.* « En admettant que les nerfs sympathiques soient excités à la fois dans le parenchyme cardiaque ischémié, il sera facile, disent MM. Axenfeld et H. Huchard (10), de se rendre compte de la parfaite régularité des battements cardiaques et des pulsations artérielles qui contrastent si souvent avec les douleurs anxieuses et angoissantes de la sternalgie par l'action simultanée et neutralisante des deux systèmes de nerfs, l'excitation de l'un détruisant l'excitation de l'autre. » Cette conception ne saurait être admise puisque les recherches expérimentales de Rutherford, de Bowditch, de Baxt, de M. François-Franck, confirmées par MM. Dastre et Morat (11), recherches *qui n'ont été contestées par personne,* ont établi

(1) Volkmann. — Nach. Weissung der Nervencentra von Welchen die Bewägung der Lymp. und Blütgefass. Herzen. Ausgeht. Müller's Archiv. 1844.

(2) Rutherford. — Influence of the vagus nerve upon the vascular system. — In *Brit, Méd. Journ.* 1873.

(3) François-Franck. — *Gaz. hebd.* 2 mai 1879, n° 18, p. 278-279.

(4) Heberden. — Loc. cit.

(5) Macbride. — Loc. cit.

(6) Hamilton. — Loc. cit.

(7) Baumes. — Loc. cit.

(8) J. Latham. — Observ. on certains symptom denoting Angina Pectoris. Med. transactions, Londres 1813, t. IV, p. 278.

(9) Lente.— On Spasm of the Heart, as a cause of sudden death, and relation with of angina pectoris (American Journal of the medical sciences. — July, 1876, p. 63).

(10) Axenfeld et H. Huchard. — Loc. cit., p. 326.

(11) Dastre et Morat. — *Soc. de biol.*, 28 fév. 1880.

que du moment où le pneumo-gastrique entrait en jeu en même temps que le sympathique, le rôle moteur cardiaque de ce dernier était totalement effacé. Et veut-on savoir pourquoi dans bon nombre de circonstances les battements du cœur et le pouls sont réguliers ? L'expérimentation physiologique va encore nous l'apprendre sans qu'il y ait d'expériences contradictoires. Donders (1), en inscrivant simultanément sur une même feuille les courbes des pulsations du cœur du lapin, les mouvements provoqués par les systoles dans une patte de grenouille dont le nerf était appliqué à la surface du cœur (patte galvanoscopique) et les signaux des excitations du pneumo-gastrique, a constaté qu'il s'écoule dans tous les cas un temps assez considérable entre le moment de l'*excitation* et le moment de la *réaction*, et que ce retard varie tout en restant très notable suivant qu'on excite le pneumo-gastrique à tel ou tel instant de la révolution cardiaque. Que ce retard soit dû, comme le pense M. François-Franck (2), à un phénomène qui se produit non dans l'appareil cardiaque nerveux lui-même, mais à sa périphérie dans l'appareil ganglionnaire, peu importe ici : le fait est qu'il y a un retard. Aussi, si la douleur pneumo-gastrique saisit brusquement le cœur au moment de la systole, c'est-à-dire, comme l'a montré M. Tarchanoff (3), dans le temps de la révolution du cœur où l'excitation ne produit ses effets qu'avec un maximum de retard, il se pourra très bien que les battements du cœur n'éprouvent aucune modification ; ils ne sauraient en éprouver que lorsque la douleur cardiaque naît pendant la diastole, moment où l'excitation pneumo-gastrique produit ses effets avec le minimum de retard (Tarchanoff) ; mais, comme même à cet instant de la révolution cardiaque il y a toujours (Donders) un retard entre le moment de l'excitation et le moment de la réaction, il peut encore se faire, vu le peu de durée des paroxysmes d'Angine de Poitrine organique, que l'on ne constate aucune modification du cœur ou du pouls.

« Dans les circonstances où les battements du cœur sont intermittents, ralentis ou accélérés, c'est que l'excitation douloureuse a envahi les filets vagues, c'est que l'excitation a eu le temps de les envahir pour agir sur eux d'une façon plus ou moins périodique (*intermittences, pulsus nec raro intermittens* (Schmidt) *arythmie, pulsus inæqualis* (Schmidt) ou continue (*ralentissement*). Des palpitations paralytiques peuvent succéder à l'excitation trop prolongée des nerfs vagues.

« La dilatation du cœur, phénomène non pas actif (Luciani et Chirone (4), Judée) (5), mais passif (François-Franck) (6), dont rendent assez bien compte les expressions de « paralysie incomplète du cœur » (Parry (7), Jahn (8), de « diminution de la force musculaire du cœur » (W. Stokes (9), d' « asystolie intermittente, »

(1) Donders. — Physiologie des Menschen, 1855.
(2) François-Franck. — *Gaz. hebd.*, n° 19 du 9 mai 1879, p. 297.
(3) Tarchanoff. — Comptes-rendus du lab. de Marey, 1876.
(4) Luciani et Chirone. — Analyses par A. Pitres. *Rev. des sc. méd.* 1877.
(5) Judée. — *Soc. de biol.*, 17 nov. 1883.
(6) François-Franck. — *Gaz. hebd.*, 9 mai 1879, n° 19, p. 296.
(7) Parry. — Loc. cit.
(8) Jahn. — Uber die syncope anginosa Parry's, etc. *Hufeland's Journal*, 1806, t. XXIII.
(9) W. Stokes. — Loc. cit.

(Beau (1), la dilatation qui suit certains accès est encore un effet de l'excitation des pneumo-gastriques, mais de l'excitation violente, comme Schiff (2) et Gaskell (3) l'ont mis en évidence. Cette dilatation explique la sensation douloureuse qui a persisté dans la région du cœur après quelques accès.

« On me permettra de penser, écrit M. H. Arnaud (4), que le trouble, puis l'arrêt des principales fonctions, de la respiration, des battements du cœur, que la sensation d'étouffement, la coloration violacée de la face, les inspirations lentes et profondes, tous ces signes d'*endasphyxie subite* doivent être attribués au défaut d'irrigation des organes principaux par le sang artériel » ; c'est qu'en effet, la mort subite qui arrive quelquefois au premier accès, quelquefois au troisième ou au quatrième, au début ou au plus fort du paroxysme (E. H. Desportes), est bien souvent (Brown-Séquard) (5) due à ce que la douleur précordiale suraiguë entrave brusquement, à l'instar du choc traumatique et des commotions cérébrales, les échangés entre les tissus et le sang dans tous les points de l'organisme, arrête la respiration d'*emblée et soudain* par excès d'acide carbonique (et dans ce cas, il y a quelques convulsions) ou par diminution excessive de cet agent (alors il n'y a pas de convulsions).

« En somme, la mort peut arriver, et ce ne serait pas le cas le moins fréquent, par *syncope respiratoire ; le cœur cesse ensuite de battre*, mais la syncope cardiaque, en cette circonstance, serait la seconde. A cela rien de surprenant : les frères E. et H. Weber (6), Valentin (7), Schiff (8), Cl. Bernard (9), Moleschott (10), Legros et Onimus (11), Arloing et Léon Tripier (12), Dastre et Morat (13), Gaskell (14), tous ceux en un mot qui ont pratiqué des expériences sur le pneumo-gastrique cardiaque, sont unanimes à déclarer qu'ils ont pu, il est vrai, par une forte excitation des nerfs vagues, arrêter momentanément

(1) Beau. — Loc. cit.

(2) Schiff. — Congrès de Genève, 10 sept. 1877.

(3) Gaskell. — Congrès internat. des sc. méd., VIIe session, Londres, 6 août 1881.

(4) H. Arnaud. — De l'asphyxie des tissus, etc. Loc. cit., p. 68.

(5) Brown-Séquard. — Influence du système nerveux sur les échanges entre les tissus et le sang *Soc. de biol.*, 3 juillet 1880. Ac. des Sc., 20 fév. 1882.

(6) E. et H. Weber. — Circa l'influenza dell' asse cerebro-spinale et del gran simpatico sui movementi del cuore. In *atti della settima adunanza degli scienziali italiani tenuta in Napoli*, in ott. 1845.

(7) Valentin. — Grundriss der physiologie, 1851.

(8) Schiff. — Untersuchungen zur physiologie des Nervensystems mit Berücksichtigung der Pathologie. Francfurt. an. Mein. 1855.

(9) Cl. Bernard. — Leçons sur la physiol. et la path. du système nerveux, 1858.

(10) Moleschott. — Wiener med. Wochensch, mai 1860.

(11) Legros et Onimus. — Recherches sur certains points de la physiologie des nerfs pneumo-gastriques. C. R. Ac. sc. 1872, t. LXXXV, n° 20, 14 nov. 1872 et *Journ. de l'anat. et de la physiol.* de Ch. Robin, août 1872.

(12) Arloing et L. Tripier. — Contribution à la physiologie des nerfs vagues. *Soc. de biol.* 1872. Arch. de phys. norm. et path., nov. 1872, t. VIII, p. 561.

(13) Dastre et Morat. — *Soc. de biol.*, 11 août 1877.

(14) Gaskell. — Loc. cit.

les contractions du cœur, mais que celui-ci recommence à battre après 15 à 30 secondes quels que soient l'intensité du courant et le nombre des intermittences, et il recommence à battre parce que le nerf épuisé momentanément ne peut réagir longtemps à l'excitation et parce que l'excitation endocardiaque produite par l'accumulation du sang pendant la diastole prolongée contribue à épuiser encore plus vite le nerf.

« Cependant la mort peut survenir par *syncope cardiaque,* par *véritable sidération du cœur*, parce que le cœur ischémique, malade à cause de sa lésion organique, depuis longtemps en décadence et mal nourri, ne pourra plus comme le cœur normal reprendre ses contractions.

« La *mort subite* (syncopa anginosa, Parry) dans l'Angine de Poitrine, accident solennel auquel succomba « le 23 février 1768, au soir, au milieu d'une brillante réunion, dans les bras de ses amis, ce capitaine de cavalerie du régiment Dauphin, à Besançon, fils du recteur magnifique de l'Université, dont la mort relatée en détail par le Dr Rougnon au Dr Lorry fut tout un événement pour Besançon » (Coutenot (1), accident qui frappa aussi l'attention d'Heberden et dont furent victimes parmi nos académiciens, Chauffard, Broca, Delpech, Peisse, Maurice Raynaud, Hillairet, accident assez fréquent pour que, sur 64 observations d'Angine de Poitrine, John Forbes (2) en ait relevé 49 cas ; la mort subite dis-je, est donc le résultat ou d'une *syncope respiratoire* (ce qu'on n'a pas assez dit) où d'une *syncope cardiaque.*

3° *Tous les symptômes extra-cardiaques relèvent encore du pneumo-gastrique.*

« C'est parce que le pneumo-gastrique est en jeu, continue M. Ch. Liégeois, que les malades ont « cette inquiétude générale difficile à décrire » dont parle J. Frank (3), cette anxiété que l'on voit (G. Sée) dans toutes les expériences sur les pneumo-gastriques et qui coïncide le plus souvent pendant le paroxysme avec le jeu régulier et rythmique de la respiration (G. Sée). C'est pour cela qu'ils ont aussi quelquefois de l'apnée (*apnœa cardiaca*) (Richardson (4), non pas seulement, comme le dit M. H. Huchard (5), parce que le patient arrête pour ainsi dire d'instinct ses mouvements respiratoires pour ne pas augmenter les douleurs, mais bien aussi parce que, comme dans les expériences de Rosenthal (6), d'Owjanniskow (7), d'Arloing et Tripier (8) sur les nerfs vagues, la douleur précordiale intense, subite, brutale (car une douleur faible n'aurait pas plus ce résultat que les courants faibles) a arrêté court la respiration, comme si elle était surprise, donnant ainsi lieu à une angoisse excessive (*angoscia* des auteurs italiens) pendant laquelle le malade sent en lui « *une pause universelle et intime des opérations de la nature* » (Heberden), « *comme une pause de la vie* »

(1) Coutenot.— *Le Cœur.* Discours de réception à l'Acad. de Besançon. — Besançon 1883 p. 13.

(2) John Forbes.— *On Angina Pectoris.*—Cyclop. of Pratical med. 1883.

(3) J. Frank. loc. cit. t. IV, p. 453.

(4) Richardson. Clinical Ess.— London 1862.

(5) H. Huchard.— Des Angines de Poitrine. Loc. cit.

(6) Rosenthal.— Comptes rendus de l'Acad. des Sciences 1861.

(7) Owjanniskow, cité par Poincaré. Le *Système nerveux périphérique.* Loc. cit. p. 360.

(8) Arloing et Tripier. Loc. cit.

(Elsner), symptôme très bien décrit par Sénèque (1) et par lord Clarendon (2) qui avait été témoin des accès de son père. C'est pour cela aussi, phénomène réalisé par l'expérience, que la respiration pendant le paroxysme est parfois plus ample (type dyspnéique de Péter (3) qu'il ne faut pas confondre avec l'asthme (E. H. Desportes) et qui ne saurait autoriser à définir, avec Littré et Robin (4), l'Angine de Poitrine une *dyspnée intense*). C'est pour cela enfin qu'au nombre des symptômes terminaux de l'accès on a noté quelquefois la lenteur et la profondeur des inspirations (G. Sée), la toux (réalisée par Koths (5) en irritant les nerfs vagues en différents points de leur trajet) suivie de crachats muqueux et de congestion pulmonaire (Sabatier) (6), N. Guéneau de Mussy (7), H. Huchard (8), l'emphysème pulmonaire aigu auquel Hering (9) attribue à tort l'accélération du cœur au cours de certains accès et que les expériences de Cl. Bernard, de MM. Brown-Séquard et d'Arsonval (10) permettent aussi de rattacher à la mise en œuvre des nerfs vagues.

« Ce sont ces symptômes respiratoires variés, associés aux symptômes cardiaques, qui avaient fait penser à J. Bell et à Jurine que l'Angine de Poitrine est une *névralgie des plexus cardiaque et pulmonaire,* à Laënnec qu'elle est une *névralgie pulmonaire avec névralgie cardiaque.*

« Le pharyngo-œsophagisme trahit l'excitation des branches motrices pharyngées et œsophagiennes du nerf vague (Chauveau (11) Jolyet (12), Schiff (13) qui président à la déglutition. Deux autres manifestations, les nausées, les vomissements, résultent aussi de l'excitation des nerfs vagues (Longet, Vulpian, Schiff, Bream Honckgeest (14).

« Il faut bien le dire, contrairement à MM. Péter et Martinet, dans la maladie de Rougnon-Heberden, le sympathique cardiaque n'a qu'un seul rôle peu important, celui de répondre à l'excitation anémique par une douleur *constrictive,* tout le reste est *affaire de pneumo-gastrique,* directement ou indirectement. Oui, la pâleur, le refroidissement des extrémités au cours de l'accès, n'ont pas

(1) Senèque. Opp. Lips. 1605, o, 474. épist. LIV.

(2) Lord Clarendon. *Histoire de ma propre vie.* Cité par Jurine. Loc. cit. p. 513.

(3) Péter. Leçons sur les signes diagnostiques et pronostiques tirés de l'examen du cœur et de l'aorte. — Un. médic. p. 595, 1873.

(4) Littré et Robin.— Dict. de méd., etc. 1873. p. 72.

(5) Koths. Experimentelle Untersuchungen über den Husten. (Arch. f. path anat. und Physiol. t LV, liv. II, 1873

(6) Sabatier. — Union méd. 1859.

(7) N. Guéneau de Mussy, in Axenfeld et H. Huchard, Loc. cit. p. 348.

(8) H. Huchard. — Angine de poitrine cardiaque et pulmonaire, etc. Loc. cit , et des Angines de poitrine. Loc. cit. p. 11.

(9) Hering. Sitz. der Kais. Acad. der Wiss. t. LXIV.

(10) D'Arsonval. — Soc. de biol. 5 fév. 1881. — Brown Sequard. Soc. de biol. 1885.

(11) Chauveau.— Du pneumo-gastrique considéré comme agent de la déglutition. (Journ. de la physiol, 1862, t. V, p. 190.

(12) Jolyet.— Essai sur la détermination des nerfs qui président aux mouvements de l'œsophage. Th. de doct. Paris 1866.

(13) Schiff.— Leçons sur la physiologie de la digestion.— Turin 1867.

(14) Bream Honckgeest, Pflüger's Archiv. für Physiologie. Bonn 1873, vol. VIII.

pour raison d'être l'excitation du sympathique cardiaque, la douleur brusque et violente du cœur suffit à en rendre compte, toute douleur violente étant susceptible de provoquer, comme l'a prouvé et écrit M. François-Franck, un *spasme vasculaire généralisé.*

« Il nous reste à rendre compte en quelques mots des *irradiations sensitives* qui dépassent la sphère des nerfs vagues, et qui, tout en n'étant pas indispensables pour qu'il y ait Angine, l'accompagnent le plus souvent. La plus importante, c'est la douleur *cervico-brachiale.* Elle s'explique par la propagation de la douleur du pneumo-gastrique au plexus cervical, par les anastomoses du nerf de la 10e paire avec l'arcade formée par les branches antérieures des deux premières paires cervicales se réunissant aux ganglions cervicaux supérieurs et moyens qui sont en communication étroite avec presque tous les filets du plexus-cervical. On comprend alors que ce soit le membre supérieur droit (Trousseau (1) qui, dans quelques cas d'Angine ischémique, ait été le siège de l'irradiation douloureuse : le courant s'est dirigé à droite au lieu de se diriger à gauche. On comprend encore que la névralgie du trijumeau (mâchoires, articulation temporo-maxillaire, oreille, menton) soit la suite de la névralgie cervicale, puisque, d'après M. Mathias Duval, le trijumeau pousse à travers la protubérance et le bulbe un prolongement descendant qu'on retrouve jusqu'au voisinage du tubercule de Rolando et jusqu'à la hauteur de l'émergence des premiers nerfs dorsaux, ce qui expliquerait la douleur au niveau des apophyses épineuses des vertèbres, des espaces intercostaux, et l'hypéresthésie des régions mammaires (Laënnec (2).

« Mais certaines irradiations douloureuses plus éloignées, les douleurs hypogastriques (Blackall), les douleurs lombaires (Trousseau), les douleurs dans le testicule gauche, les cuisses, les membres inférieurs (Friedreich, Laënnec, Gintrac), dans la région ilio-scrotale (Axenfeld), ne sauraient s'expliquer par l'extension de la douleur primitive à des noyaux contigus (Vulpian, Adolphe Cartaz). D'après M. G. Sée (3), l'excitation du nerf vague se transmet en haut lieu et retentit immédiatement sur les centres nerveux sensitifs par irradiation excentrique secondaire. On a encore fait rentrer ces douleurs irradiées dans le groupe des *douleurs répercutées* ou *en écho* (*sympathies douloureuses ou synalgies*, Mathias Duval et H. Gourdon-Fromentel (4), *synesthésies*, Dieulafoy), dues à ce que, après avoir gagné les centres récepteurs, les douleurs primitives se sont propagées à un centre cérébro-spinal voisin, lequel, *en vertu de l'extériorisation des sensations,* rapporte aux parties périphériques avec lesquelles il est normalement en communication l'ébranlement dont il a été le siège.

« L'opinion de M. Tripier explique mieux les faits. D'après lui, l'excitation d'un nerf sensitif peut bien arriver à l'axe cérébro-spinal, sans l'ébranler douloureusement, et malgré cette absence d'ébranlement douloureux du centre récepteur,

(1) Trousseau.— Loc. cit., t. II, p. 446.

(2) Laënnec, — Loc. cit, t. III, p. 349.

(3) G. Sée. — Sup. cit., p. 248.

(4) H. Gourdon-Fromentel.— Des sympathies douloureuses ou synalgies. — Th. de doct. Nancy, 1883, n° 172, et Mathias Duval. Soc. de biol., 5 janv. 1884.

celui-ci peut, par voie centrifuge, rendre douloureux un nerf éloigné. Ceci expliquerait ces observations d'Angine de Poitrine où la douleur précordiale, qui en avait été un symptôme habituel, fait un jour défaut, la douleur cervico-brachiale existant seule : dans ces cas, l'excitation des filets nerveux cardiaques transmise au centre récepteur n'a pas donné lieu à une douleur cardiaque, mais bien, par retentissement centrifuge, à une douleur cervico-brachiale.

4° Pathogénie de l'Angine de Poitrine occasionnée par l'Ischémie spasmodique du cœur.

Kreysig, le premier, a admis cette origine de l'*Angor* en faisant remarquer que les artères coronaires pouvaient se contracter spasmodiquement étant atteintes d'une affection dynamique. MM. G. Sée, Gauthier, H. Huchard admettent également une Angine de Poitrine par ischémie spasmodique du parenchyme cardiaque. M. Ch. Liégeois reconnaît aussi cette classe d'*Angor*, tout en déclarant qu'il est des cas où il est bien difficile de la différencier de l'Angine de Poitrine d'origine névralgique avec laquelle elle présente ce point de commun : l'absence de lésions matérielles du cœur ou des gros vaisseaux.

L'étendue de son domaine est considérable. C'est à cette variété qu'appartient par exemple l'*Angor dans la névropathie cérébro-cardiaque.* La théorie pathogénique de cette névrose est, d'après Krishaber, basée sur la contraction persistante des petits vaisseaux encéphaliques, contraction qui entraîne l'ischémie fonctionnelle des centres nerveux et les troubles nerveux consécutifs : vertiges, insomnie, hyperkinésie cardiaque, etc. Mais Krishaber a *surtout* insisté sur la *persistance* de cette contraction, et en cela, dit M. Gauthier, « son idée est nouvelle ; car on savait avant lui que les troubles vaso-moteurs sont fréquents dans l'hystérie et l'hypocondrie. On comprend ainsi que les vaisseaux coronaires peuvent ne pas échapper à cette contraction et que l'Angine de Poitrine se produit par un mécanisme semblable à celui qui amène le vertige, ce qui est également un des symptômes les plus caractéristiques de cette affection. Il y a ischémie cardiaque de même qu'il y a ischémie cérébrale, et la névrose pourrait être aussi justement dénommée *ischémie cérébro-cardiaque.* »

Si un grand nombre de cas d'*Angine hystérique* et *neurasthénique* vierges de tout trouble vaso-moteur appartiennent à l'*Angor* névralgique, il est plus que probable, dit M. Liégeois, que chez

nombre d'Angoreux de ce genre l'Angine de Poitrine n'a d'autre raison prédisposante que la *subcardialgie* par *vaso-constriction coronaire*, et sans croire que cet *Angor* soit une névrose vaso-motrice spéciale, d'origine centrale, cet auteur pense (et il en donne des preuves cliniques séduisantes) que l'ischémie qui met le cœur *en imminence* d'Angine se prépare en même temps que l'ischémie périphérique, et alors, sans cause occasionnelle (ce qui advient souvent chez les névropathes), ou sous l'influence d'une cause souvent légère, émotions morales, action de manger, coït, abus du thé ou des liqueurs, action du froid humide, d'un courant d'air, etc., l'accès éclate parce que le spasme des coronaires acquiert son maximum d'intensité, et qu'alors l'ischémie s'est transformée brusquement en anémie.

Peut-être l'*Angine de Poitrine* des *épileptiques*, cette nouvelle variété de l'*aura epileptica*, ne serait-elle aussi qu'une *aura vaso-motrice*. M. Ch. Liégeois n'émet cette solution qu'avec réserve en se basant sur les expériences par lesquelles M. Brown-Séquard, créant artificiellement l'épilepsie chez les cobayes, a montré que les irradiations motrices centrifuges sont susceptibles de donner lieu à des modifications vaso-motrices.

Le docteur Gauthier, qui n'admet guère d'autre cause d'*Angor* que l'ischémie cardiaque, lui fait jouer aussi le premier rôle dans l'*Angine des arthritiques*. Mais, en lisant son argumentation, on voit qu'il est, au fond, du même avis que M. Liégeois, car ses arthritiques angoreux ont des lésions matérielles du cœur et des vaisseaux, auxquelles M. Liégeois accorde la plupart du temps tout le rôle pathogénique quand elles existent, se contentant de faire de cette angine une angine purement névralgique chez les arthritiques sans lésions cardio-vasculaires (1) et chez les arthritiques neurasthéni-

(1) M. Liégeois ajoute qu'il ne faut pas éliminer trop vite cette possibilité des lésions cardio-vasculaires, *même quand l'examen le plus attentif ne permet pas de les découvrir* : dans son esprit, le banquier goutteux dont il raconte la mort rapide par angine de poitrine pouvait très bien, quoiqu'on n'eût pu les diagnostiquer, avoir des lésions artério-sclérosiques ou athéromasiques des coronaires qui expliqueraient et l'intensité des paroxysmes et le dénoûment promptement fatal. — C'est la même opinion qu'exprimait M. Huchard dès 1883 dans son mémoire de la *Revue de Médecine* : « L'aortite étant souvent latente, dit-il, l'absence de signes physiques n'est pas une raison suffisante pour admettre une Angine de Poitrine *sine materiâ*. »

ques, ou, chez ces derniers, une angine vaso-motrice quand le syndrome est précédé ou accompagné, ce qui est plus rare, de manifestations ischémiques localisées ou disséminées, mais parfaitement reconnaissables.

« L'*Arthritisme* a écrit le Dr Gauthier, a une tendance extrême, on le sait, à se déplacer et à affecter le cœur et ses vaisseaux ; l'aortite, cause directe d'*Angor Pectoris*, en est une des conséquences, et les dépôts d'une organisation plus ou moins avancée qu'on y rencontre s'y produisent par une prédisposition semblable à celle par laquelle des dépôts d'urate de soude surviennent autour des articulations. C'est même cette analogie qui avait déterminé Bretonneau à conseiller le bi-carbonate de soude aux angineux.

« Il est bien avéré, en outre, que l'arthritisme produit aussi l'athérome artériel.

« L'athérome artériel, d'après M. Rendu (1), joue un rôle considérable dans la symptomatologie des accidents viscéraux de la goutte. L'athérome, en effet, peut se rencontrer dans tout le système artériel ; mais, pour les petites artères, il se localise de préférence dans deux régions où il prend une importance capitale ; nous voulons parler de l'encéphale et du cœur... Pour le cœur, les altérations des artères coronaires sont la règle. Tantôt celles-ci sont calcifiées et partiellement oblitérées par la bouillie athéromateuse ; tantôt au contraire largement béantes, elles sont cassantes et friables. D'autres fois elles peuvent avoir gardé toute leur souplesse et être saines, sauf en un seul point, au niveau de leur abouchement dans l'aorte. Là, existe souvent une plaque d'athérome qui, localisée juste au point d'émergence des artères coronaires, rétrécit d'ordinaire leur calibre, si bien qu'elles admettent à peine un stylet de trousse et que parfois elles deviennent imperméables. C'est là une lésion dont l'importance est considérable puisque par le fait du rétrécissement des coronaires, les conditions de l'ischémie cardiaque sont créées avec l'Angine de Poitrine comme conséquence. » (2)

« Et, dit encore le Dr Gauthier en parlant des goutteux, il est assez commun, dans les manifestations protéiformes de la goutte, de constater des troubles vaso-moteurs, des spasmes vasculaires et des crampes musculaires. Ces dernières constituent même l'un des symptômes les plus pénibles et les plus constants de la goutte ; elles ne tiennent pas toujours à une ischémie locale provoquée par l'athérome des artères, mais souvent aussi elles surviennent sous l'influence de l'irritation locale produite par un sang chargé d'acide urique. Il y a bien longtemps déjà qu'Hoffmann a donné cette définition de la goutte « un spasme violent déterminé par l'irritation que cause sur les tissus la présence de la sérosité qui découle des artères préarticulaires. » Dans la migraine, cet indice révélateur de la diathèse arthritique, la contraction vasculaire n'est-elle pas surabondamment prouvée ? Et l'asthme, cet autre apanage de l'arthritis, n'est-il

(1) Rendu. — Art. Goutte. *Dict. Encycl. des sc. méd.*, t. X, p. 36.

(2) Dr Gauthier, de Charolles. — Mémoire qui a obtenu une Mention honorable au concours du Prix Portal de 1885, p. 79.

pas le résultat de la contraction convulsive des petits muscles bronchiques (G. Sée) ? Un grand nombre de troubles cérébraux de nature goutteuse ne tiennent-ils pas aussi à une ischémie cérébrale par action vaso-spasmodique ? Tels sont, par exemple, ces symptômes cérébraux décrits par Robert Law (1), ces fausses attaques d'apoplexie d'origine goutteuse qu'il désigne sous le nom de coma syncopal et qu'il rattache à l'anémie brusque du cerveau. Qu'est-ce que le vertige, cet autre symptôme si fréquent chez les goutteux et les dyspeptiques arthritiques, sinon la manifestation d'une ischémie cérébrale d'ordre vaso-moteur ? Pendant le vertige, il y a un spasme laryngé ; on voudrait crier, on ne peut pas. Puis, il se produit une sorte de rétraction générale en vertu de laquelle la peau se creuse, la face pâlit, les yeux s'excavent, les parties génitales se rétractent. Enfin, tandis que les autres sécrétions disparaissent, une sueur profuse vient s'ajouter au malaise général. Tous ces symptômes ont une intensité variable ; ils peuvent aller depuis l'angoisse précordiale et prégastrique jusqu'à la syncope (Lasègue, Études médic., t. I, p. 776).

« Dès lors, d'après ce que nous venons de dire, n'est-il pas naturel d'admettre que la diathèse arthritique qui se traduit si facilement par le spasme vaso-moteur, produise le même phénomène sur la circulation intrà-myocardiaque, et que, de même que le cerveau, le cœur ait son vertige ? Ce vertige du cœur par spasme des vaisseaux coronaires se traduit par l'attaque de pseudo-angine de poitrine , attaque effrayante comme le vertige cérébral goutteux, mais aussi inoffensive que lui. Les malades atteints de cette fausse Angine de Poitrine sont souvent sains, non athéromateux, ou plutôt non encore athéromateux, n'ayant souvent pas eu d'accès de goutte véritable, mais présentant dans leurs ascendants de vrais goutteux et sujets eux-mêmes à cette série de troubles pathologiques dont l'association est si fréquente dans l'arthritis. Ces accès sont souvent périodiques et nocturnes, double caractère qui se rencontre dans les manifestations arthritiques. »

Le même auteur explique de la manière suivante les accès d'Angine de Poitrine accompagnant les affections gastro-hépatiques et qui sont provoqués aussi par l'ischémie fonctionnelle du cœur et de ses vaisseaux.

Les affections de l'estomac déterminent non seulement des troubles fonctionnels du cœur mais encore des lésions organiques de cet organe. De nombreux auteurs ont, en ces derniers temps, reconnu cette influence incontestable qui explique beaucoup de ces troubles dont l'origine sans cette connaissance paraitrait inexplicable dans nombre de cas. Les anciens expliquaient l'apparition de l'Angine de Poitrine par l'hypertrophie du foie ou de la rate déterminant par leur volume la compression du cœur qui en résultait (médecins italiens); mais aujourd'hui, on explique d'une façon toute différente cette affinité entre les maladies de l'appareil gastro-hépatique et celles du cœur dont la modification la plus commune est la dilatation des cavités droites de ce dernier. Voici com-

(1) Robert Law, Dublin *Journal of. médic.* sc. 1re série.

ment on se rend compte de cet enchaînement pathologique : Le nerf pneumogastrique transmettant par voie réflexe aux poumons l'excitation recueillie dans l'estomac par ses filets terminaux déterminerait un obstacle à la circulation dans l'artère pulmonaire et par suite une distension du cœur droit variable dans son intensité. Sans insister sur cette interprétation, il est certain que le fait existe et se présente assez fréquemment pour qu'il ait une grande importance clinique. La dilatation du cœur droit constituée, on comprend les modifications qui se produisent au point de vue de l'hydraulique cardio-vasculaire ; la dilatation droite fera sentir son action jusque dans l'aorte si la stase dans le système cave est assez forte pour gêner la circulation capillaire et augmenter la résistance que rencontre l'ondée artérielle. Le plus souvent donc, les effets de l'ectasie s'étendront à tout ce système circulatoire, exactement comme si les quatre cavités du cœur et plus spécialement les deux ventricules étaient le siège de la dilatation. Or, la dilatation cardiaque à effets généralisés a pour conséquence une hypérémie passive et un accroissement de tension dans tous les vaisseaux afférents (vaisseaux en amont) et une ischémie avec diminution de pression dans les vaisseaux efférents (vaisseaux en aval). Le cœur lui-même sera donc en ischémie par ses vaisseaux nourriciers, les artères coronaires (vaisseaux afférents). Il y sera même plus qu'aucun des autres viscères, car, en dehors de cette ischémie par moindre quantité de sang reçu, il existera pour lui une autre ischémie toute mécanique résultant de la compression et de la diminution de calibre des vaisseaux coronaires du fait de la dilatation même du muscle cardiaque. On sait, en effet, que par suite d'une loi élémentaire de mécanique, une cavité musculaire, quand elle se dilate, subit une ischémie proportionnée à cette dilatation, par la compression des vaisseaux dans ses parois, ce qui démontre l'intervention pathogénique de l'*ischémie cardiaque fonctionnelle* dans la production des phénomènes de l'Angine de Poitrine liée aux affections des viscères abdominaux. »

C'est encore cette *ischémie-anémie du myocarde par vaso-constriction des artères coronaires* qui, d'après M. Ch. Liégeois, donne naissance à l'*Angine de Poitrine* dite *vaso-motrice* dont nous savons les caractères cliniques assez tranchés. Lisez plutôt l'argumentation si complète et si serrée que j'emprunte à son Mémoire :

« L'*Angine de Poitrine vaso-motrice*, dit-il, offre une singulière analogie avec la *syncope locale* des extrémités : elle en a du reste l'étiologie, elle a des symptômes identiques, question de siège à part. Comme l'Angine de Poitrine vaso-motrice, la syncope locale a des causes prédisposantes nerveuses : elle s'observe chez les névropathes, principalement chez les femmes neurasthéno-anémiques et chez les hystériques. Nous en avons eu un exemple chez une femme atteinte d'irritation spinale. Elle s'observe chez les diathésiques, notamment chez les arthritiques, et quelquefois au cours ou au déclin du rhumatisme articulaire aigu et chez les diabétiques. Les causes occasionnelles sont aussi communes à l'Angine vaso-motrice et à la syncope locale. Ce sont les émotions morales, c'est le froid, le froid humide surtout, c'est la crise menstruelle ; les symptômes de l'une et de l'autre affection vaso-motrice offrent beaucoup de

ressemblance, les douleurs violentes des extrémités apparaissent sous forme d'accès durant une heure et plus, consistant en une sensation de brûlure ou de déchirement, de brisement, qui arrache parfois au malade des cris perçants et revient pendant plusieurs jours ou plusieurs mois de suite. Or, Raynaud (1), M. Vulpian (2), Fischer (3), ont rattaché l'asphyxie locale des extrémités à la contracture spasmodique de leurs vaisseaux comme nous rapportons à la contraction spasmodique des artères coronaires l'asphyxie locale du myocarde.

« Je compare encore cette Angine de Poitrine vaso-motrice à la *migraine spasmodique* ou d'*origine vaso-constrictive* (W. Hammond) (4), Allan Mac Lane, Hamilton et Carroll (5), *hémicrânie sympathico-tonique* de Dubois Reymond (6), d'A. Seligmüller (7), *angio-tonique* d'Eulenburg et Landois (8), dont le plus beau type est la *migraine ophthalmique*, décrite par M. Galeszowki (9) et par M. Féré (10), dans laquelle on a constaté par l'ophtalmoscope, pendant l'accès, un spasme de l'artère centrale de la rétine tel que la circulation y est complètement interrompue. Mais, de même qu'il existe aussi une migraine franchement vaso-dilatatrice (Mollendorf (11). Hervé de Chégoin (12) dont je partage depuis longtemps les convictions) avec vaso-dilatation active des artères encéphaliques (constatée sur celles de la rétine et de la choroïde) et hypérémie consécutive du nerf trijumeau (W. Hammond, Allan Mac Lane Hamilton et Carroll), de même il existe une Angine de Poitrine vaso-dilatatrice avec hypérémie du plexus cardiaque. Enfin, de même qu'il y a une hémicrânie par névralgie pure et simple du trijumeau sans la moindre modification vasculaire, il y a aussi une Angine de Poitrine par névralgie pure et simple du plexus cardiaque. Il y a diverses variétés d'Angine de Poitrine, comme il y a diverses variétés de migraines. Nous pourrions poursuivre la comparaison au point de vue symptomatique et montrer la grande analogie qui existe, à part le siège, entre telle et telle migraine, telle et telle Angine de Poitrine. Au reste la migraine ophthalmique se voit parfois chez des gens sujets plus tard à l'*Angor Pectoris*.

---

(1) Maurice Raynaud. — De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités, th. du doct., Paris 1862. Art. gangrène symétrique des extrémités. *Dictionnaire de méd. et de Chir. prat.*, t. XV, 1871, p. 636 et Nouvelles recherches sur la nature et le traitement de l'asphyxie locale des extrémités (*Arch. gén. de méd.*, janvier et fév. 1874).

(2) A. Vulpian.—Leç. sur les vaso-moteurs, XVIIe Leçon, et Clinique de la Charité. Paris, 1873, p. 879.

(3) Fischer. — Der symetrische Brand. *Arch. f. klin. chir.*, t. XVIII, 1875, p. 335.

(4) W. Hammond. — New-York *médical journal*, 16 nov. 1883.

(5) Allan Mac Lane Hamilton et Carrol. — Eod. Loc.

(6) Dubois Reymond. — Zur Kenntnitz der Hermicranie (*Arch. f. anat. und Physiol.* 1860, p. 461-468.

(7) A. Seligmüller. — Krankheiten der Peripheren Nerven und des sympathicus, 1882,

(8) Eulenburg et Landois. — Die Vasomotorischen Nevrosen (Wiener med. Wochens, n° 87, 1867).

(9) Galezowki. — Migraine ophthalmique. *Arch. de méd.* 1878 et *Soc. de biol.* 26 nov. 1881.

(10) Féré. — Migraine ophthalmique, *Rev. de méd.*, n° 8, p. 648, 1881.

(11) Möllendorf. — *Ueber hemicramie (Arch. f. path. anat.* X 41, br. p. 385-395, 1867.

(12) Hervé de Chégoin. — De la migraine. *Un. méd.*, n° 119, 1875.

Nous avons reconnu précédemment une Angine de Poitrine hystérique, épileptique même par vaso-constriction des artères coronaires et ischémie-anémie myocardiaque consécutive, mais je ne pense pas que l'Angine de Poitrine diathésique des arthritiques non neurasthéniques, des herpétiques, des syphilitiques et des diabétiques exempts de lésions cardio-aortiques reconnaisse jamais ce mécanisme vaso-constricteur. Quand cette Angine n'est point ischémique-anémique, par suite de lésions organiques antérieures du cœur ou de ses vaisseaux, elle est, comme nous l'avons dit plus haut, *névritique* ou *névralgique*, mais bien plus souvent *névralgique* que *névritique*.

« Parmi les *Angines de Poitrine toxiques*, continue M. Liégeois, il en est une, l'*Angine nicotique* que l'on a attribuée à l'*ischémie-anémie vaso-constrictive des artères coronaires*. « Il ne me semble pas irrationnel, dit M. G. Sée (1), en parlant de l'Angine de Poitrine *nicotianique*, d'invoquer un spasme analogue des artères coronaires, produisant en dernière analyse une ischémie cardiaque. L'intoxication nicotique rend aisément compte de cette perturbation vaso-motrice. » « Pour nous, qui croyons à l'influence vaso-constrictive de la nicotine, nous nous empressons, disions-nous dans notre Mémoire couronné par la Société médicale d'Amiens (2), d'admettre avec M. G. Sée, que les artères coronaires peuvent bien être le siège d'un rétrécissement vaso-constricteur sous l'action de la nicotine et que l'Angine de Poitrine nicotianique relève de l'ischémie-cardiaque. »

« Puisqu'il paraît démontré que la nicotine est un poison d'ordre vaso-constricteur, capable de déterminer la constriction tétaniforme des petits vaisseaux, ne peut-on pas admettre aussi, écrit M. H. Huchard (3), qu'elle exerce son action spasmodique sur les artères coronaires et qu'elle donne aussi lieu à une ischémie du cœur ? »

« Oui, en effet, les deux principes actifs de la fumée du tabac, la *nicotine* d'une part qui, au dire de Wohl et Eulenberg (4), de Zeis (5), de Malapert (6), de Schlasing (7), de Melsens et Heubel (8), de Ch. Drysdale (9), de Rosenthal (10), de Rosé (11) n'est pas détruite par la combustion, et la *pyridine* d'autre part, dont l'existence a été démontrée par A. Cahours et A. Etord (1880), sont considérés comme des agents vaso-constricteurs. Cl. Bernard (12) a vu

(1) G. Sée. — Diagnostic et traitement des maladies du cœur. Loc. cit., p. 253-254.

(2) Ch. Liégeois. — Loc. cit., Revue méd. de l'Est, 15 janv. 1853, n° 51.

(3) Axenfeld et Huchard. — Loc. cit., p. 331.

(4) Wohl et Eulenberg. — Centralbl. 1871.

(5) Zeis. — Centralbl. oct. 1872.

(6) Malapert. Eod. loc.

(7) Schlasing. — Eod. loc.

(8) Melsens et Heubel. — Eod. loc.

(9) Ch. Drysdale. — The med. Press and circular 1873.

(10) Rosenthal. — In Rosé, loc. cit.

(11) Rosé. — Loc. cit.

(12) Cl. Bernard. — Leçons sur les substances toxiques et médicamenteuses, Paris 1857, p. 401.

sous le microscope chez une grenouille nicotinisée, se produire immédiatement une dépression du système artériel (de la membrane interdigitale) dont les vaisseaux se rétrécirent de façon à se vider complétement ; Bach et Oser (1), Vulpian (2), M. Héger (3) ont mis aussi en évidence cette action vaso-constrictive absolument semblable à celle produite par la galvanisation du grand sympathique et qui coïncide avec une augmentation parfois considérable de la tension artérielle.

« La pyridine, employée tout récemment avec succès par M. G. Sée (4) contre l'asthme névro-pulmonaire et contre l'asthme cardiaque continu ou paroxystique, aurait, suivant Zeis, Wohl et Eulenberg, contrairement à M. Vulpian (5), les mêmes propriétés vaso-constrictives que la nicotine.

« Ici encore, dit M. Ch. Liégeois, nous nous heurtons aux objections de M. J. A. Martinet : « l'Angine tabagique, écrit-il (6), nous fournit aussi des arguments contre l'ischémie. Le tabac, en effet, peut déterminer des troubles dyspeptiques et retentir indirectement et par synergie morbide sur le cœur, ou bien il peut impressionner directement les nerfs du cœur. C'est là un fait d'observation vulgaire admis par tous les auteurs à peu près. Mais pour prouver que le tabac agit encore en provoquant une ischémie du myocarde, on s'est appuyé sur ce fait expérimental, que la nicotine amenait le rétrécissement des capillaires de la grenouille. La déduction n'est pas rigoureuse. Ce qui se passe dans la membrane interdigitale d'une grenouille peut ne pas se passer dans les vaisseaux coronaires de l'homme. Il faudrait donc, pour appliquer ces résultats expérimentaux à l'Angine de Poitrine, admettre que le tabac détermine un spasme artériel généralisé précédant les phénomènes douloureux, ce qui ferait rentrer cette variété d'*Angor Pectoris* dans l'Angine vaso-motrice des Allemands. Or, on n'observe rien de pareil au point de vue symptomatique chez les tabagiques : chez eux, c'est la douleur précordiale qui éclate la première et les phénomènes de contracture vasculaire lui sont consécutifs. »

« Je m'empresse de reconnaître, réplique M. Liégeois, que l'Angine de Poitrine tabagique est très souvent une angine névralgique, soit que le tabac ait névralgié le plexus cardiaque ou plutôt le pneumo-gastrique cardiaque, directement ou indirectement, par l'intermédiaire des nerfs de l'estomac rendu dyspeptique. Cela ne m'empêche pas d'admettre une autre forme de l'Angine de Poitrine tabagique, la *forme anémique par vaso-constriction des artères coronaires.* M. Martinet laisse entendre que, lui aussi, il admettrait cette forme si la douleur précordiale était précédée de troubles vaso-moteurs périphériques comme dans l'*Angine vaso-motrice* des Allemands. Ce qui prouve bien, soit dit en passant, que M. Martinet, pour qui « tout devient clair, logique et applicable à toutes les modalités pathologiques » si l'on regarde l'*Angor* comme

(1) Bach et Oser. — Unstersuchungen über die Wirkungen des Nicotins in *Stricker's med. Jahrbüscher*, 1872, IV Helft, p. 367.

(2) Vulpian. — Leçons sur l'appareil vaso-moteur, loc. cit., t. II, p. 734.

(3) Héger. — Congrès de Bruxelles 1875.

(4) G. Sée. — Acad. des sc., 2 juin 1885.

(5) Vulpian. — Acad. des sc., 25 janvier 1881.

(6) J. A. Martinet. — Loc. cit., p. 24.

l'effet constant d'une névralgie indépendante de toute ischémie ou d'une névrite du plexus cardiaque, n'est pas assez sûr de la solidité de son assertion pour repousser franchement l'existence d'une Angine vaso-motrice ; mais cette Angine, l'expliquerait-il par la lutte douloureuse du cœur contre les troubles artério-tenseurs périphériques ? J'ai montré que cette explication serait fausse ; j'ai montré aussi, rappelez-le vous bien, que dans cette circonstance, à cause même de ces troubles périphériques, on ne pouvait songer à une névralgie du plexus cardiaque, cette névralgie s'opposant à la genèse des manifestations vaso-constrictives des extrémités. M. Martinet n'a donc plus qu'à choisir entre une Angine névritique ou une Angine vaso-constrictive. Poser le problème, c'est le résoudre ; dans la neurasthénie, dans l'hystérie, dans la neurasthénie arthritique avec *Angor* précédé de symptômes vaso-moteurs et où, d'ordinaire l'Angine n'est pas grave, on ne saurait soupçonner la *névrite cardiaque* qui tue souvent, chacun le sait. Puisqu'il ne saurait non plus être question d'une névralgie pure et simple du pneumo-gastrique cardiaque, c'est qu'il s'agit en réalité d'une *ischémie-anémie vaso-constrictive du myocarde.* Cela me paraît clair.

Rappelons ici que dans une de ses leçons faite à l'hôpital Necker (1) sur l'Angine de Poitrine due à l'usage du tabac, M. Potain reconnaît aussi « que les phénomènes douloureux qui caractérisent cette forme d'Angine de Poitrine peuvent s'accompagner, dans certains cas, d'alternatives de rougeur et de la pâleur de la face », et que « si l'on a signalé des cas de mort, c'est qu'il existait en même temps une transformation graisseuse du cœur ou d'autres lésions graves.»

« Mais, dit encore M. Liégeois, est-il besoin que l'Angine tabagique soit précédée de troubles vaso-moteurs périphériques pour qu'on ait le droit de regarder la vaso-constriction des artères coronaires comme la cause prédisposante, pour qu'on ait le droit d'en faire une Angine de Poitrine vaso-motrice ? Pas le moins du monde, à mon avis.

« Ce spasme des artères coronaires me paraît être l'apanage des vieux fumeurs, pas de tous, qu'on me comprenne bien, mais d'un certain nombre de ceux qui ont ce tremblement, cet affaiblissement musculaires, cette paresse, ces troubles vertigineux que Cl. Bernard, sans nier l'action directe du tabac sur le système nerveux, regarde volontiers comme des résultats de l'ischémie des muscles ou de l'ischémie des centres coordinateurs du mouvement. Ce spasme tabagique des artères coronaires, je vais plus loin, il est possible de le diagnostiquer. C'est lui qui rend compte de la plupart des phénomènes dans les observations présentées par M. Vallin, comme des faits d'Angine de Poitrine où il a noté du malaise général, de l'angoisse précordiale, une anxiété extrême, des vertiges gyratoires, des menaces de syncope, du refroidissement aux extrémités. Cette ischémie des artères coronaires, diagnostiquez-la hardiment quand, en même temps que l'hypokinésie (cœur battant 24 fois à la minute (Vallin) comme dans l'ischémie expérimentale par ligature des coronaires), le sujet présente des

(1) *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 57e année 1886, 3e série, p. 491.

crises syncopales ou bien de l'*angoisse*, de l'*anxiété* (elle est due au ralentissement de la circulation pulmonaire, corollaire obligé du ralentissement du cœur mal irrigué), et dites-vous bien que si la vaso-constriction toxique des centres coordinateurs du mouvement, du système de Corti ou du centre auditif de la couche optique, de la rétine ou du centre optique de la même couche explique les *vertiges gyratoires*, les *bourdonnements d'oreilles*, l'*obscurcissement de la vue*, il n'est que juste d'accorder une part, dans la pathogénie de ces différents troubles, à l'hypokinésie quand elle existe, comme dans les faits précités, part indirecte mais indéniable. Or, il vous semble sans doute extraordinaire que ce myocarde ischémié, tout au moins responsable de l'hypokinésie par affaiblissement des contractions de la musculature cardiaque ischémiée, ne devienne pas, en ces circonstances bien spéciales et bien spécifiées, le *support* d'accès d'angine de poitrine. Pourquoi donc ces accès, au cas particulier, n'ont-ils pas eu lieu? parce que l'ischémie vaso-constrictive n'est qu'une cause prédisposante du paroxysme; tout fumeur au myocarde ischémié par vaso-constriction n'aura pas fatalement des accès d'Angine de Poitrine, et c'est pour cela probablement que l'Angine de Poitrine tabagique n'est pas, vu le nombre si considérable de fumeurs, des plus communes. Pour que le fumeur au myocarde ischémié ait un paroxysme, il faut que la cause occasionnelle physico-dynamique, physique ou réflexe, capable de transformer brusquement cette ischémie en anémie, puisse aussi faire naître momentanément des palpitations coïncidant avec cette anémie myocardiaque. Les causes occasionnelles, chez les deux malades de M. Vallin, ne pouvaient aboutir à ce résultat, chez le premier notamment dont le cœur battait 24 fois à la minute; toute surexcitation de cet organe ne pouvait arriver qu'à le faire battre normalement, c'est-à-dire dans les conditions où il ne saurait être affecté de *claudication intermittente* (qu'on nous pardonne ici l'expression malgré ce qu'elle a de risqué), et ce qui semble me donner raison, c'est qu'un malade de Richter n'eut ses paroxysmes angoreux que quand survinrent des accès de palpitations également dus à l'usage trop répété du tabac. Voilà pourquoi cette Angine tabagique ischémique-anémique n'est pas précisément fréquente (1).

« Peut-être doit on expliquer de même les accès d'*Angor* chez les gens qui ont abusé du thé et du café (deux agents vaso-constricteurs (Leven) (2), Stewart (3) probablement à cause des sels potassiques que contient leur infusion (H. Aubert et A. Dehn) (4); ici encore, c'est dans un accès de palpitations que se présentent les symptômes propres à l'Angine de Poitrine.

(1) Dans son mémoire de 1883, M. H. Huchard avait déjà montré les causes multiples qui président au développement de la sténocardie tabagique. « Le tabac doit produire, disait-il, l'angine pectorale par plusieurs mécanismes : 1° par son action constrictive sur les vaisseaux artériels ; 2° par son action spéciale sur les nerfs pneumo-gastriques et le système nerveux ; 3° par l'influence qu'il exerce sur les fonctions digestives... Ainsi donc le tabac produit l'Angine de Poitrine par ischémie cardiaque, c'est-à-dire par l'influence directe du poison sur le cœur et sur les vaisseaux, mais aussi par son action sur les nerfs du cœur et de l'estomac. En tous cas, l'angine pectorale des fumeurs acquiert souvent une intensité très grande, parce qu'elle atteint le muscle cardiaque non seulement dans son inervation, mais aussi dans sa circulation. »

(2) Leven. — *Archives de physiologie*, 1868.

(3) Stewart. — *Therapeutic Gazette*, p. 203, juin 1882.

(4) Aubert et A. Dehn. — *Arch. de Pflüger* 1874.

« Si l'on admet la comparaison que nous avons établie entre l'asphyxie locale des extrémités et l'Angine de Poitrine vaso-constrictive, on regardera comme étant de même nature l'*Angor ergotique*, l'action vaso-constrictive de l'ergot de seigle par spasme des tuniques musculeuses des vaisseaux ayant été mise en évidence par Lucien Holmes (1), Schüller (2), H. Peton (3), R. Kobert (4). Nier l'origine vaso-constrictive de cette Angine et en faire une Angine névralgique serait aussi absurde que de considérer comme névralgiques les douleurs des membres dans l'intoxication par le seigle ergoté !

« Ainsi, termine M. Ch. Liégeois, pour résumer notre opinion personnelle sur le mécanisme pathogénique de l'Angine de Poitrine vaso-constrictive chez quelques nerveux et chez quelques intoxiqués, notamment chez les tabagistes, nous dirons :

« L'*état nerveux ou l'intoxication* prédisposent le cœur à l'Angine de Poitrine parce qu'ils ischémient le *myocarde ; la cause occasionnelle* (physico-dynamique-psychique-réflexe) *transforme cette ischémie en anémie* (A) quand elle est physico-dynamique : 1° parce qu'elle *expulse le sang du myocarde sans que la réparation soit possible ;* 2° parce que le *cœur pris un instant de palpitations* (quelquefois, il est vrai, spontanées dans le *tabagisme) et fatigué en raison de sa lutte contre la résistance périphérique, envoie moins de sang dans le système coronaire comme dans tout le système artériel,* (B) quand elle est psychique ou réflexe : 1° parce qu'elle *détermine momentanément le resserrement des vaisseaux pulmonaires et la ditatation du cœur droit avec ou sans insuffisance tricuspidienne,* d'où diminution des ondées coronaires aussi bien que des ondées aortiques ; 2° parce qu'elle provoque (et dans le tabagisme elles peuvent être spontanées) des palpitations cardiaques réactionnelles, contemporaines du resserrement des vaisseaux pulmonaires et momentanées comme lui, d'où nouvelle diminution des ondées coronaires comme des ondées aortiques à la suite de la fatigue du myocarde ; une fois constituée, cette anémie myocardiaque à double motif éveille le paroxysme angoreux par excitation des branches nerveuses pneumo-gastriques et sympathiques sensitives du cœur.

Nous finissons ici le chapitre de la Pathogénie de l'Angor. Dans la plus délicate partie de cette importante question, nous nous sommes complétement effacé en reproduisant presque en leur entier les opinions exposées par le Dr Liégeois dans son mémoire au prix Portal 1885 qui nous ont complétement séduit comme elles avaient séduit les membres du jury du concours. Il est impossible en effet

(1) L. Holmes. — Etude expérimentale sur le mode d'action de l'ergot de seigle, th. de doct., Paris 1870.

(2) Schüller. — Centralblatt, 1874, p. 50.

(3) H. Peton. — De l'action thérapeutique et physiologique de l'ergot de seigle. Etude expér. et clinique. Th. de doct., Paris 1878.

(4) R. Kobert. — Arch. f. experiment. Pathol. in Pharmakologie B. XVIII, p. 316, 1884.

(et nous ne croyons point que ce soit l'amitié ou une profonde estime qui nous aveuglent), il est impossible, disons-nous, de ne pas être frappé de l'habileté avec laquelle il a synthétisé toutes ces causes si multipliées et si différentes de l'Angor de manière à en faire trois grands groupes pathogéniques, le premier renfermant les *Angines de Poitrine névralgiques*, le second comprenant *l'Angor névritique*, et le troisième encadrant les *Angors ischémiques*, ce dernier se subdivisant lui-même en deux variétés : la première par *Ischémie organique*, la seconde par *Ischémie fonctionnelle*, l'une à effets durables, dangereux, souvent mortels, c'est *le drame*; l'autre à effets bruyants, mais fugitifs et passagers, qui n'est qu'un pâle reflet, c'est *la comédie*, n'entraînant qu'exceptionnellement avec elle les sanglots et la mort !

Dans ce cadre limité on peut rationnellement ranger cette multitude d'Angors si divers que nous avons tous décrits pour être aussi complet que possible. Il n'en est aucun, en effet, qui n'y puisse entrer, aucun qui reste à l'écart et qui n'ait ainsi sa justification pathogénique.

Mais nous signalons d'une manière spéciale un point sur lequel notre honorable ami a jeté (tel est l'avis, nous le savons, des cliniciens éminents qui ont lu son consciencieux Mémoire) la lumière la plus vive et la plus nouvelle : nous voulons parler de cette intervention de l'Anémie comme suivante fidèle et *sine quâ non* de l'Ischémie dans la constitution physiologico-pathologique du plus grand nombre des accès angoreux. Sans doute, chacun la pressentait, l'admettait implicitement, mais c'est M. Liégeois qui le premier lui a fait jouer un rôle important et aussi réel mécaniquement que physiologiquement, et qui, en la faisant entrer en scène, a donné la dernière couche au tableau, lui a procuré l'éclat et la vie et a permis qu'on touchât du doigt pour ainsi dire, qu'on reconnût la toute puissance de l'Ischémie comme cause fréquente et provocatrice de l'accès.

C'était pour nous un devoir de rendre justice sur ce point à M. Liégeois et de proclamer la vérité en même temps que l'importance et la nouveauté de sa théorie pathogénétique de l'Angor !

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Notre chapitre du diagnostic comprendra deux divisions. Nous passerons d'abord en revue les diverses maladies avec lesquelles l'Angine de Poitrine peut être confondue. (DIAGNOSTIC GÉNÉRAL). Nous examinerons en second lieu les différences qui permettent de distinguer les unes des autres les diverses variétés d'Angor. (DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL).

A. — Diagnostic Général.

L'apparition subite de la douleur, son siège, son caractère lancinant ou constrictif, l'état de la respiration, la tranquillité habituelle du pouls, l'angoisse extrême du malade, l'inquiétude dans laquelle il est plongé, la disparition subite de la souffrance, le retour simultané du bien-être et de la bonne santé primitive sont autant de caractères permettant en apparence au praticien d'affirmer son diagnostic d'une manière positive. Et, cependant, on a pendant longtemps confondu et on confond encore quelquefois l'Angine de Poitrine avec d'autres algies de la région précordiale.

1° *Asthme essentiel.*— On peut dire que la principale ressemblance entre l'asthme essentiel et l'*Angor Pectoris* c'est que tous les deux se montrent par accès et que leur invasion est brusque. Mais, dans l'asthme, c'est ordinairement la nuit, de onze heures à trois heures du matin, qu'éclate le paroxysme ; il y a une gêne extrême de la respiration ; l'attitude du malade est celle d'un homme menacé de suffoquer et recherchant un air frais et pur ; les muscles inspirateurs se contractent violemment et cependant l'inspiration se fait avec peine. En écoutant la poitrine, on trouve au début de l'accès, qui dure depuis quelques heures jusqu'à deux ou trois jours, avec un peu de rémission dans les symptômes, un râle sibilant qui est

remplacé à la fin par un râle muqueux accompagnant l'expectoration. Enfin, les accès peuvent se multiplier indéfiniment pour ainsi dire, sans que la mort survienne, et quand celle-ci se produit, elle ne survient pas subitement.

Dans l'Angine de Poitrine les accès, dans les premiers temps de la maladie du moins, ne se montrent que le jour ; la respiration est rarement gênée ; généralement elle ne l'est point du tout, le malade se risque même à faire, de temps en temps, une inspiration prolongée *à fond*, ce que ne peut faire l'asthmatique ; d'habitude il ne recherche point un air frais, quelques-uns toutefois le réclament instamment. Son attitude trahit une anxiété extrême, en même temps que la conscience d'un danger imminent ; son effroi va grandissant avec les accès, tandis que l'asthmatique s'en effraye de moins en moins. La physionomie du premier décèle les craintes les plus vives ; celle du second, une souffrance ordinaire. La crise angineuse dure moins et laisse, dans ses intervalles, un état de santé parfaite, la marche facile, la poitrine n'est point le siège de râles sibilants ou muqueux excepté dans quelques cas rares, à la fin de la scène morbide ; l'asthmatique, lui, est facilement essoufflé aussitôt qu'il veut marcher ; sa poitrine est souvent un orchestre ; enfin, dans l'Angor, la terminaison fatale survient brusquement, rapidement et souvent comme un coup de foudre !

2° *Névralgie brachio-thoracique.* — Je n'insisterais pas sur les différences qui existent entre cette névralgie et l'Angine de Poitrine, si Piorry, entraîné, je crois, par le désir de présenter une théorie nouvelle de l'Angor, n'avait pas confondu ces deux affections. Je dirai seulement que la névralgie brachio-thoracique ne consiste qu'en de simples élancements suivis ou non d'engourdissements analogues à ceux qu'on ressent en heurtant au coude le nerf cubital sur un corps dur, qu'elle ne cesse pas d'une manière soudaine, que la marche ou un mouvement brusque ne la rappelle pas, qu'elle dure plus longtemps et ne fait pas mourir. Enfin on n'aura, pour éviter toute confusion à cet égard, qu'à se rappeler que l'*Angor Pectoris*, pour mériter ce nom, doit être toujours accompagné de ce phénomène caractéristique, l'*angoisse*, de cette terreur, de cette épouvante, de cette frayeur de la mort qu'aucune algie ordinaire, si cruelle qu'elle soit, n'inspire au malade. Cette angoisse est-elle absente, on peut être assuré qu'on n'a devant soi qu'une névralgie brachio-thoracique.

Rappelons cependant que cette dernière précède souvent à gau-

che les accès d'Angor, et que parfois même on a vu l'accès débuter par une douleur au bras droit. Nous pouvons en conclure qu'il est important, surtout chez les névrosthéniques, de combattre cette névralgie avec vigueur de manière à prévenir les accès d'Angor.

3° *Névralgie diaphragmatique.* — L'Angine de Poitrine a été confondue avec cette névralgie par divers auteurs. On en trouve un exemple dans la clinique de Récamier.

OBSERVATION CXXXIII

(RÉSUMÉE)

(Publiée par le Dr MARTINET. — Thèse citée.)

Un homme âgé de 37 ans, d'un tempérament sanguin, entre à l'Hôtel-Dieu, se plaignant d'étouffements, de palpitations, de dyspepsies et de douleur vive au diaphragme et au cœur, douleur qu'il avait commencé à ressentir à 16 ans. La fatigue ou les efforts réveillaient ces douleurs; cependant, il fut jugé propre au service militaire, et il y resta jusqu'à l'âge de 22 ans où une blessure reçue dans la hanche droite lui fit donner son congé. Alors survint un accès d'asthme convulsif suivi d'une hémoptysie abondante. L'année suivante, mêmes accidents. A 25 ans, il embrasse la profession de miroitier; mais les émanations mercurielles déterminent chez lui un tremblement et des coliques si vives qu'il fut forcé d'abandonner cette profession. Depuis lors, engourdissement dans le côté gauche, cauchemars, digestions pénibles; les aliments copieux ou excitants, les liqueurs alcooliques, une contrariété, une émotion, un effort déterminent une constriction antéro-postérieure de la poitrine, une douleur vive à sa base, et aussitôt après surviennent de la dyspnée, de la gêne quand le malade respire trop profondément et enfin du hoquet. »

M. Martinet n'hésite pas à voir là un cas d'Angine de Poitrine tandis que nous ne reconnaissons qu'une névralgie diaphragmatique dans ce resserrement de la poitrine et cette douleur constrictive siégeant à sa base (et non pas autour ou derrière le sternum). Quand le malade se livre à quelque effort violent, quand le diaphragme se tend et sert de point d'appui à d'autres muscles, la douleur se produit d'avant en arrière, et est suivie de hoquet. Il est inutile d'insister davantage pour démontrer qu'on a commis là une erreur de diagnostic.

Dans ses leçons cliniques, M. Péter a reconnu cependant que cette confusion était possible; aussi, reproduisons-nous ici son observation indiquant les moyens de l'éviter.

OBSERVATION CXXXIV

(PÉTER, loc. cit., t. I., p. 494-95).

Névralgie du nerf phrénique avec sternalgie inférieure et irradiation à l'épaule, au coude et au cou, simulant chez un épileptique l'Angine de Poitrine.

« La confusion est plus facile qu'il ne pourrait sembler d'abord, témoin le fait

que j'ai observé à l'hôpital Saint-Louis, salle Napoléon, n° 26 ; quelque chose d'assez semblable à une angine de poitrine y était quelquefois le prélude d'une attaque complète d'épilepsie. Or, chez cet homme, il y a tous les signes de la névralgie diaphragmatique, c'est-à-dire une douleur aux insertions diaphragmatiques antérieures, surtout aux deux premières et aux insertions postérieures, ainsi qu'à l'épigastre ; douleur à la pression du diaphragme par refoulement en haut de la paroi abdominale, le malade disant alors que cela arrête sa respiration ; douleur par la pression du phrénique, en avant du scalène antérieur ; enfin, douleurs « dans la palette de l'épaule » et à la partie interne du bras gauche seulement ; ce qu'il y a de remarquable, c'est que la douleur du phrénique est persistante, tandis que les accidents épileptiques sont intermittents. Au moment où l'attaque doit survenir, la douleur du phrénique s'exaspère et rayonne du coude jusqu'aux derniers doigts de la main ; une autre, plus profonde, se fait sentir au cœur, et bientôt, le malade sent comme « un bouillonnement » dans cette région, puis il perd connaissance et a des secousses convulsives. — C'est l'attaque d'épilepsie complète, dont l'aura est partie du phrénique. Ce qu'il y a de remarquable encore, c'est que le bras gauche est à peu près impotent ; le malade ne peut donner que neuf kilos de pression de la main gauche, alors qu'il en donne quarante-quatre de la main droite au dynamomètre de Collin, par conséquent l'irradiation du phrénique au plexus brachial n'est pas douteuse.

La douleur est d'ailleurs persistante à la partie gauche du diaphragme et il en résulte que le malade en éprouve une gêne de la respiration qu'il traduit en disant que « c'est à gauche comme un soufflet dont il ne peut soulever la valve.»

4° *Hypéresthésie de la région mammaire.* — « Chez les hystériques, dit M. Liégeois, il importera de ne pas prendre pour de l'Angine de Poitrine ce qui n'est que de l'*hypéresthésie* de la paroi précordiale. Cette région est souvent le point de départ de sensations perverties ou erronées (*méthestésies*) purement subjectives. Ce sont là autant d'*hallucinations* et *d'illusions cardiaques*. Les malades auraient des battements de cœur qui n'existent pas (fausses palpitations). Elles croient éprouver une cruelle souffrance dans la région précordiale ; elles veulent à tout prix avoir une maladie du cœur et se rendre intéressantes en le disant à tout propos ; le désir de la pose, de la mise en scène, le besoin que l'on s'occupe d'elles est inné chez les hystériques. Et l'exagération constante, le bavardage *sur le moi* sont dans leur nature.

« Quelques-unes prennent pour des palpitations et décrivent comme telles une sorte de frémissement des parois thoraciques qui s'érigent en chair de poule. J'ai connu une vieille fille de 54 ans, névrosique depuis la naissance, qui essayait de me faire croire qu'elle avait des vers dans le cœur ; elle sentait à toute minute, ceux-ci la pincer, la mordre entre les côtes, et réclamait de moi à grand renfort de supplications un anthelmintique. J'ai pu constater bien des fois chez cette vieille fille l'hypéresthésie très accentuée de la région précordiale. Chez d'autres, il s'agit d'une douleur localisée au point d'attache d'un tendon pectoral, s'exaspérant par la pression, se renouvelant à chaque inspiration ou à chaque mouvement brusque. »

5° *Névralgie intercostale.* — On a aussi confondu l'Angor avec la Névralgie intercostale, et M. Liégeois explique comment :

« On sait que dans cette affection, des trois points de Valleix le point moyen

manque le plus souvent. Or il peut se faire qu'il existe seul, logé exactement au milieu de l'espace sterno-vertébral, correspondant à la naissance du rameau nerveux perforant moyen. En ce point fixe, siège d'élancements douloureux, l'impressionnabilité du tégument est très vive et se réveille par l'attouchement le plus léger et notamment, comme le dit M. Péter, par le choc de la pointe du cœur, à chacune de ses systoles de dedans en dehors. Si nous parlons avec tant de complaisance de la névralgie intercostale, c'est que Laënnec, après avoir décrit chez les angineux des douleurs à la partie antérieure gauche de la poitrine suivant le trajet des nerfs thoraciques antérieurs et exaltant souvent la sensibilité de la mamelle au point que la plus légère pression devient douloureuse, a eu le tort de penser que le phénomène initial de l'Angine de Poitrine est cette douleur intercostale envahissant ensuite le sympathique cardiaque, c'est que Piorry en a fait à tort une *névralgie brachio-thoracique*, Valleix, une *névralgie intercostale* de l'un ou de l'autre côté, Cahen, une *névralgie intercostale* et *brachiale* avec congestion des viscères et du cœur consécutive à l'envahissement du sympathique, Racle, une *névralgie des parois thoraciques* associée à une *névralgie cervico-brachiale*.

» Il arrive parfois, chez les DYSPEPTIQUES, que l'estomac, distendu par les gaz, comprime du côté gauche quelques filets des nerfs intercostaux, ce qui détermine des douleurs pouvant, au premier abord faire songer à l'Angine de Poitrine surtout chez les personnes nerveuses ; mais l'erreur ne saurait être de longue durée, et le mal, disparaissant avec la déplétion de l'estomac, ne saurait prolonger longtemps l'hésitation du médecin. »

Les signes fournis par la percussion et l'auscultation dans l'hypertrophie du cœur, l'anévrysme de l'aorte et la péricardite sont trop connus pour qu'on confonde ces maladies avec l'Angine de Poitrine; mais comme elles l'accompagnent fort souvent et concourent à son développement, rappelons les différences qui les séparent.

6° *Dans l'hypertrophie*, on observe des battements de cœur énergiques, de la dyspnée occasionnée soit par le volume de cet organe, soit par une congestion séro-sanguinolente des poumons, quelquefois une toux légère accompagnée de crachats striés de sang ; le pouls subit des changements en rapport avec l'épaisseur et la dilatation du ventricule gauche, toutes choses n'existant point ordinairement dans l'Angine de Poitrine. Le seul signe qui pourrait induire en erreur c'est une douleur de la région précordiale remontant jusqu'à l'épaule et descendant vers le coude et les doigts ; mais, elle consiste plutôt en engourdissement qu'en élancements subits et paroxystiques comme dans l'Angor. Nous devons rappeler encore l'attitude du malade et le bien-être parfait succédant à l'orage dans l'une, en opposition avec la continuité du malaise dans l'autre.

7° *Dans l'Endocardite*, les battements du cœur sont violents et brusques ; la matité s'étend dans un assez grand espace (jusqu'à

440 mm.), on observe de la fièvre, une légère voussure et un frémissement vibratoire à la région précordiale. Par la suite, la circulation est troublée, les malades sont oppressés, continuellement agités, sujets à de fréquents étouffements et disposés à rester assis plutôt que couchés dans leur lit où ils invoquent en vain le sommeil.

Dans l'Angine de Poitrine il y a peu ou point de dyspnée, les battements du cœur sont moins brusques; point de matité, de voussure de fièvre, ni d'agitation ; enfin la soudaineté d'invasion du mal, l'état de bonne santé précédant les crises ou leur succédant suffiront dans la plupart des cas pour éviter toute confusion ; cependant dans l'endocardite rhumatismale ou goutteuse, la douleur étant beaucoup plus vive, plus lancinante, le diagnostic sera moins facile et il sera bon pour l'éclairer de s'appuyer sur les commémoratifs ou les antécédents arthritiques.

8° *Anévrysme du cœur.*—Rappelons ici que le mot anévrysme du cœur, qui s'appliquait jadis à un grand nombre de maladies organiques de ce viscère, signifie aujourd'hui la dilatation partielle du cœur, c'est-à-dire la formation d'un sac, d'une poche communiquant par un orifice avec ses cavités. Disons en outre que toutes les parties du ventricule gauche peuvent être le siège de cet anévrysme.

D'après M. Thurnam, l'anévrysme du cœur reconnaît pour cause dans la majorité des cas la dilatation d'une partie des parois ventriculaires devenues incapables de résister à la distension du sang pendant la systole ventriculaire. Pendant sa formation, on observe rarement des troubles appréciables au cœur, mais plus tard, la maladie se révèle d'une manière foudroyante dans une attaque mortelle et alors l'autopsie seule apprend si on a eu affaire à un Angor ou à un anévrysme, et encore !.. Que de cas où la douleur suraiguë de l'Angine de Poitrine accompagne l'affection cardiaque ! d'autres fois, la maladie ne marche que par étapes successives et alors, apparaît une douleur précordiale atteignant des degrés divers d'intensité et accompagnée de craintes de la mort, d'anxiété, de disposition à la syncope (14 fois sur 15 au dire de Turnham); on n'a dans ce cas, pour éviter la confusion, qu'à rechercher les signes concommitants tels que : dyspnée, toux, gonflement des jugulaires, coloration bleuâtre des lèvres, hémorrhagies nasales ou pulmonaires et encore ces signes ne durent-ils que très peu de temps, quand ils ne font pas en grande partie défaut. Ajoutons que d'après M. Dieula-

foy (1), parmi les diverses sortes d'anévrysmes de la crosse de l'aorte, il en est un intéressant directement le plexus cardiaque qui donne lieu exactement aux symptômes de l'Angor, et que le meilleur clinicien hésitera à reconnaître là deux affections distinctes.

10° On peut encore confondre l'Angor avec la *Myocardite chronique*. Voici, d'après M. Péter, les signes différentiels :

» Dans la MYOCARDITE CHRONIQUE avec dégénérescence granuleuse du cœur que j'appelle *myocardite dégénérante*, il y a des points douloureux qui n'ont pas encore été décrits avant moi et qu'il faut savoir chercher; alors le malade se plaint d'une sensation pénible, profonde, de griffes, d'étreintes, d'entrave à la contraction de son cœur qui semble « vouloir s'arrêter », et cette sensation, le malade la désigne en portant sa main « en plein cœur ». Dans ces cas, la pression du doigt au 3e, 4e et 5e espace intercostal gauche, au voisinage du sternum, c'est-à-dire en plein ventricule gauche, provoque ou exaspère la douleur. Cette explosion fournit au diagnostic de la lésion dont je parle, de puissants indices auxquels s'ajoutent l'âge avancé du sujet (45 à 60 ans), ses habitudes plus ou moins bachiques, ou encore une diathèse telle que la goutte ».

11° *Péricardite.*— Le seul point de ressemblance de la péricardite avec l'Angine de Poitrine consiste dans une douleur plus ou moins aiguë survenant par intervalles, chez certains sujets, dans cette maladie; quelques sujets la comparent à un étau repoussant le sternum sur la colonne vertébrale, d'autres à des pointes qu'on enfoncerait dans le cœur. Parfois elle s'exaspère et peut même devenir si violente qu'elle s'étend au côté gauche de la poitrine et au bras. Voilà les points de ressemblance, mais les différences sont bien plus nombreuses et il suffit de les énumérer pour éviter toute erreur. Ce sont, au début, palpitations, oppression quand le malade parle, accélération de la respiration, fièvre ardente, soif vive, et matité à la région précordiale après quelques jours de maladie. Avec ces remarques, il est difficile d'hésiter longtemps entre l'une ou l'autre de ces maladies.

12° Il est une maladie, l'*Ataxie locomotrice progressive*, qui donne lieu à des douleurs extrêmement aiguës et retentissantes dans les membres, l'estomac, l'intestin, les reins, la vessie, qu'on pourrait confondre avec l'Angine de Poitrine, lorsque ces douleurs siègent à la poitrine. Alors, en effet, les malades se plaignent, comme dans l'Angine, d'un étau, d'un aplatissement, d'un resserrement du thorax et d'une ceinture d'acier qui le comprime ; mais on évitera cette erreur

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 22, 1886.

de diagnostic en remarquant que ces douleurs occupent presque toujours les deux côtés, siègent plutôt à la base de la poitrine qu'en haut, ne se prolongent pas vers les membres et ne s'accompagnent pas de l'angoisse et de la peur d'une mort imminente spéciale à l'Angine de Poitrine.

Du reste, le cœur est de tous les viscères celui qui est le plus respecté dans le tabes, au point de vue des crises névralgiques, ainsi que l'a fait remarquer M. H. Huchard (1), et elles ne donnent pas lieu aux lésions de la dilatation cardiaque ni aux symptômes pseudo-angineux.

Ajoutons que lorsqu'on a observé de véritables accès d'Angor chez les ataxiques, c'est qu'il existait en même temps chez eux des lésions artérielles et surtout aortiques justifiant à elles seules l'apparition de l'Angine de Poitrine.

En terminant ce qui a trait au diagnostic général de l'*Angor Pectoris* nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer combien ce chapitre, auquel tous les écrivains antérieurs à notre génération médicale, Jurine, Desportes, Gintrac, Lartigue, les auteurs du *Compendium* attachaient une excessive importance, est devenu secondaire, depuis qu'on considère surtout cette maladie comme l'aboutissant d'autres affections et qu'on voit en elle bien plutôt un syndrôme qu'une maladie essentielle. Jadis, par exemple, les auteurs s'appliquaient avec un soin extrême à la différencier de l'aortite, tandis qu'aujourd'hui où l'on a reconnu que cette maladie s'accompagne fréquemment d'Angor, l'important pour le médecin est de constater, en présence d'un angineux, si les accès ne sont pas dus à une aortite.

En réalité l'Angor pectoris est le rideau, souvent peu transparent, derrière lequel se dissimulent une foule d'affections, et cela est surtout vrai quand il s'agit d'Angor de causes organiques. Nous devons nous préoccuper de lui arracher son masque pour savoir au juste à qui nous avons affaire. Étant donnée la rareté relative de l'Angine de Poitrine essentielle, l'accès n'est pour ainsi dire rien, la cause qui l'a occasionnée est tout !

On voit, en définitive, à combien peu de chose se réduit cette étude du diagnostic général proprement dit. Du moment qu'un ma-

(1) H. Huchard, opere citato, p. 79,

lade présente une douleur rétro ou péri-sternale très accusée avec ce sentiment d'angoisse extrême, d'inquiétude pour sa vie, que le médecin qui en a été témoin une fois n'oubliera jamais, nous voyons là une attaque d'Angine de Poitrine, quelles qu'en soient l'origine ou la nature, et que l'affection soit bénigne ou fatale. Il nous restera ensuite, une fois l'étiquette mise, à en discerner la cause, à savoir si nous avons affaire à un syndrôme mortel ou laissant la porte ouverte à l'espérance, ce qui est autrement important qu'un diagnostic général à porter, ainsi que l'a fait remarquer M. Huchard.

Nous insisterons cependant d'une manière toute particulière sur l'*angoisse* comme signe caractéristique de l'Angor. D'après nous, et nous ne saurions trop le répéter, pour qu'il y ait Angine de Poitrine, il faut que l'angoisse existe, soit évidente; il faut que l'inquiétude du malade, la crainte de mourir, le sentiment d'une fin prochaine, les affres de la mort subite, imminente, en un mot, une angoisse pareille à celle du condamné allant périr sur l'échafaud, dominent largement la scène. La crainte morale chez le véritable angoreux, surtout dans l'Angor organique, dépasse de beaucoup la douleur physique. Celle-ci peut s'atténuer, rester au second plan, l'*angoisse*, non. Bien loin de la nier et de reconnaître un Angor sans angoisse, nous faisons, avec M. Huchard et M. Ch. Liégeois, de cette dernière le *criterium* obligatoire de cette affection.

Plusieurs praticiens ont attribué la même valeur clinique à *la douleur du bras gauche*. Ainsi, M. le professeur Potain, voulant au congrès de Rouen, établir une différence entre l'Angine de Poitrine et les cardiopathies réflexes dépendant d'une névralgie intercostale ou d'une névralgie du plexus brachial, a soutenu cette opinion que l'irradiation douloureuse au bras gauche accompagnait toujours la première et jamais les secondes, qu'en un mot l'*Angor Pectoris* n'existait point sans elle. Cela n'est point tout à fait exact, et nous avons cité plusieurs cas d'Angine vraie avec lésions organiques, c'est-à-dire de l'Angor par excellence, où la douleur du bras gauche faisait défaut et d'autres où cette douleur n'existait qu'au bras droit. Nous sommes donc sur ce point de l'avis de Parry, de Jurine et de Huchard qui pensent que l'Angor peut exister sans elle tout aussi bien que l'hépatite sans douleur à l'épaule droite.

B. — Diagnostic différentiel des diverses classes d'Angine de Poitrine.

Nous dessinerons aussi rapidement que possible les caractères particuliers à chacune d'entre elles, en suivant l'ordre que nous avons adopté dans l'étude des causes.

A. — Angines de Poitrine Névralgiques

Celles reconnaissant des causes *traumatiques* (blessures nerveuses ou shok traumatique de l'accouchement) sont faciles à reconnaître. Il en est de même pour celles succédant à d'autres névralgies. Quant à l'Angor essentiel, nous rappelons ce que nous avons dit précédemment à son sujet : quand pendant la vie, on n'a diagnostiqué aucune lésion du cœur et des gros vaisseaux, quand, en présence d'une attaque, le médecin ne peut la rattacher à aucune cause toxique, à aucun état diathésique, névrosique, ni à aucun trouble organique, on est bien forcé de lui accorder un caractère d'essentialité que l'état de la science et nos moyens actuels d'investigation ne nous permettent pas de lui refuser ; le doute ne saurait satisfaire notre esprit avide d'ordre, de classification et de netteté.

B. — Angines de Poitrine Névrosiques

Nous avons retracé précédemment les caractères généraux et saillants de cette classe d'Angor, l'une des plus considérables et dont le domaine est destiné à s'agrandir encore (accès avant l'âge adulte, plus fréquents chez la femme, survenant surtout la nuit, se montrant par séries et se terminant presque toujours par la guérison). Nous n'y reviendrons pas, nous contentant d'esquisser la physionomie spéciale à chacune des variétés d'Angors névrosiques.

1° L'**Angine de Poitrine Hystérique** se reconnaît facilement aux symptômes qui accompagnent ordinairement la névrose mère : hypéresthésie ou hémi-anesthésie, analgésie, dyschromatopsie, ovarie, crises nerveuses, sensation de boule, etc. (1)

2° L'**Angine de Poitrine Vaso-motrice** emprunte à la précédente une partie de ses symptômes, mais en outre les malades se plaignent de sensation de froid, de pâleur, de cyanose des extrémités, d'affaiblissement du pouls radial et parfois de sueurs glacées.

---

(1) Voir à ce sujet la thèse récente de Le Clerc (1887). De l'Angine de Poitrine hystérique, inspirée par M. Huchard.

3° **L'Angine de Poitrine Neurasthénique** survient surtout chez les névropathes ou chez les arthritiques. Elle se montre principalement chez la femme et surtout vers l'époque de la ménopause, s'accompagne souvent d'anémie, se présente ordinairement la nuit d'une manière bruyante ; les malades s'agitent plus que ne le font les autres angoreux, sous l'influence d'une douleur moins aiguë rappelant plutôt une oppression, un poids qu'un coup d'épée et siégeant en *plein cœur* plutôt qu'à gauche du sternum. Là aussi, la guérison est la règle chez ces sujets éminemment émotifs.

C'est notamment dans cette classe d'angineux que M. Huchard a rencontré un état d'inquiétude incessante qu'il a fort heureusement dénommé l'*Anginophobie*. Ces malades, bien que recouvrant dans l'intervalle de leurs accès un état de santé parfaite, finissent par tomber rapidement dans un état de dépression morale qui domine à la longue leur vie tout entière et ne les abandonne plus. A chaque instant de leur existence, le fantôme de l'*Angor* se dresse devant eux ; la moindre course, l'émotion la plus légère, la vue d'une chose pénible, la lecture dans un journal d'un événement tragique, un mouvement, un bruit inopiné, tout leur est un sujet de crainte et l'épée de Damoclès leur paraîtrait moins terrible que le retour sans cesse menaçant des accès qu'ils redoutent et le jour et la nuit !

4° **L'Angine de Poitrine Épileptique.** — Ici point d'incertitude dans le diagnostic. La physionomie si caractérisée du mal comitial éclaire promptement l'observateur. Au reste, les cas appartenant à cette catégorie sont rares.

5° **L'Angine de Poitrine Dyspeptique** présente d'ordinaire quelques symptômes particuliers qui aident à la reconnaître. Ainsi le malade est plus oppressé que d'habitude, la douleur se fait sentir à l'épigastre plutôt qu'au sternum, il y a un sentiment de plénitude douloureuse, de la compression plutôt que des élancements aigus, le pouls est petit, les extrémités refroidies, la face est pâle ; il y a de l'engourdissement au bras plutôt qu'une douleur lancinante, la durée de l'accès ne dépasse guère une demi-heure, et sa physionomie est moins terrifiante que celle de l'angine cardio-aortique.

Cette angine se rencontre le plus souvent chez les tabagiques, les goutteux et les alcooliques, gens qui ont toujours soif ou faim et dont l'estomac est souvent très dilaté par la grande quantité de matières alimentaires ingérées.

Il y a des circonstances où la scène morbide est encore plus com-

pliquée. Ainsi chez un angoreux, on trouve l'estomac dilaté et on constate, à l'aide des commémoratifs et de la percussion, que le cœur est atteint lui-même secondairement, de là, la variété qu'on nomme Angine de Poitrine gastro-myocardiaque; mais il peut arriver qu'il y ait une autre lésion encore plus grave s'ajoutant à tout cela, une aortite plus ou moins avancée, et c'est une question qu'on doit toujours se poser bien que la solution de ce problème étiologique ne soit pas facile.

« Il faut en pareille rencontre, dit M. Liégeois (1), bien savoir qu'en raison même d'une certaine influence trophique (Eichhorst (2), d'origine pneumo-gastrique, la dilatation du cœur peut être consécutive à la diastole *passive* que provoquent les excitations des nerfs vagues. Il faut savoir en outre que la dilatation, même persistante de l'estomac, coïncide quelquefois avec cette dilatation du cœur, liée à l'état parétique des branches vagues stomacales, et dans ces deux circonstances on doit toujours se demander si les dilatations du cœur et de l'estomac ne relèvent pas de la seule et même cause, une lésion de l'aorte agissant sur les nerfs vagues. »

Leared (3) qui, dans dix cas où ces accidents de l'estomac n'étaient point douteux, avait vu la mort subite survenir huit fois, a eu soin d'insister sur ces troubles gastriques qui absorbent par leur intensité et bien plus encore par leur fixité l'attention du malade et du médecin à tel point que la maladie aortique, d'où dérivent tous ces troubles, peut passer inaperçue.

Nous sommes bien convaincu qu'il n'en était pas autrement dans les cas suivant que nous empruntons à M. Huchard :

OBSERVATION CXXXV

(H. Huchard. — Résumée par Ch. Liégeois)

Angine de Poitrine gastro-myocardiaque.

Malade dyspeptique, d'origine goutteuse probablement, indemne de toute affection cardio-aortique, atteint de violents accès d'Angine de Poitrine. A la phase d'excitation douloureuse du nerf vague, succède rapidement celle de paralysie totale du nerf, dyspnée, diminution du nombre des respirations, congestion bronchique et pulmonaire généralisée (signes de paralysie des filets nerveux pulmonaires) ; fréquence extrême des battements cardiaques et des pulsations radia-

(1) Ch. Liégeois. — Mémoire cour., p. 103.

(2) Eichhorst. — Centrabl. für med. Wochensch, n. 10, 1879.

(3) Leared.— On disquired diseases of the Heart. Med. Times and Gaz., t. I, 1867, p. 697

les (140 à 160, sans fièvre, palpitations, lipothymies, dilatation du cœur, etc., (paralysie des filets cardiaques) ; dilatation de l'estomac, (paralysie des filets gastriques). Bons effets de l'électrisation du nerf pneumo-gastrique.

OBSERVATION CXXXVI

(Résumée par Ch. Liégeois)

Angine de Poitrine gastro-myocardiaque

H. Huchard. — (*Remarques sur les synergies morbides du nerf pneumo-gastrique*). Société médico-pratique, 28 mai 1879 — tirage à part 1880, p. 3-11.

Ingénieur âgé de 52 ans ; il n'avait jamais eu de maladie grave et n'avait jamais fait d'autres excès que ceux de son travail. Homme sobre, ni buveur ni fumeur, très impressionnable. Accidents dyspeptiques et douleurs rhumatismales vagues des masses musculaires durant depuis longtemps ; urines uratiques.

Le 5 mars 1879, en causant tranquillement de ses affaires avec l'un de ses amis dans son cabinet, il ressentit inopinément une douleur vive, étrange, angoissante, siégeant dans toute la poitrine, s'accompagnant d'une oppression telle qu'il ne put tout d'abord articuler aucun son. La face était pâle, contractée par la souffrance. « Des mains de fer et des griffes de plomb » semblaient lui comprimer et lui déchirer l'intérieur du thorax. Après l'accès, vomissements glaireux assez abondants mais très pénibles. Engourdissement des membres supérieurs.

Examiné deux jours avant cette crise, parce qu'il se plaignait de douleurs vagues dans la poitrine, il n'offrait rien à l'auscultation du cœur ni des gros vaisseaux. Signalons que dans un voyage qu'il avait fait, deux mois auparavant, en Italie avec sa famille, il avait éprouvé à plusieurs reprises inopinément et sans cause appréciable pour lui quelques accès de suffocation ; ces petits accès survenaient surtout lorsqu'il marchait contre le vent ou lorsqu'il montait une rue, ou qu'il portait le plus léger fardeau. Alors, il s'arrêtait subitement, disant ressentir quelques douleurs vagues dans la région du cœur et, après quelques minutes de repos, se mettait de nouveau en marche, non sans se plaindre d'une sensation inusitée d'oppression.

Le lendemain de la crise, l'auscultation la plus attentive ne fait absolument rien découvrir du côté du cœur ou des poumons ; la palpation profonde sur le trajet du pneumo-gastrique ou du nerf prhénique n'est nullement pénible et l'on ne détermine de douleur à la pression que dans la gouttière vertébrale droite au niveau du cinquième espace intercostal et en avant dans le point correspondant.

Le 7 mars, le malade plus souffrant, courbé dans son fauteuil sous le poids de la douleur, de l'oppression est en proie à une grande anxiété.

Le 8 mars, anxiété plus grande, oppression considérable ; le malade demande de l'air à chaque instant ; la face est pâle, altérée, les traits grippés. Il y a eu quelques vomissements glaireux et le malade et son entourage constatent eux-mêmes un symptôme nouveau : c'est un bruit de glouglou qui se produit et qui se fait entendre à distance lorsque M. X... ingère quelques cuillerées de liquide. Il y a une dilatation de l'estomac avec distension gazeuse, telle que la sonorité était encore très marquée en arrière de la poitrine et qu'elle masquait même le

bruit pulmonaire. Le pouls est très régulier, très fréquent à 140, la respiration à 45. A l'examen du cœur on perçoit un triple bruit, mais sans souffle ni arythmie. L'aorte ne laisse point entendre de claquements valvulaires à résonnance tympanique ou clangoreuse qui sont toujours l'indice d'une dilatation plus ou moins accusée.

Le 8 et le 9 dans la soirée, nouveaux symptômes de congestion pulmonaire avec expectoration sanglante.

Le 10, accès violent, lèvres et doigts cyanosés, refroidissement des extrémités, angoisse extrême, orthopnée à son comble ; après quelques instants d'un silence profond, commandé par l'intensité même de la douleur, le malade s'écrie : « De l'air, de l'air ! J'étouffe ! J'ai un poids de cent livres sur la poitrine, une griffe de fer qui me déchire ! » Et il montre du geste la partie moyenne du sternum, où siège cette sensation d'angoisse, ainsi que l'épaule gauche, le cou et la mâchoire, où la douleur paraît s'irradier. Le pouls est petit, régulier, fréquent à 160, sans fièvre. La dilatation de l'estomac est encore considérable et le bruit de glouglou se fait entendre avec la même intensité lors de l'introduction ou plutôt de la chute des aliments dans l'estomac. (Injection de morphine, inhalations d'oxygène, ventouses sèches, sinapismes.)

Le 14 mars, MM. Péter et Potain constatent avec M. Huchard que l'estomac est extrêmement dilaté et décident que l'on pratiquera l'électrisation du nerf vague. Les courants induits, puis les courants continus sont mis en œuvre avec quelque succès, mais le malade meurt le 19 mars, emporté par une crise dyspnéique violente précédée de la respiration de Cheyne-Stokes et de plusieurs lypothimies.

Cet homme était sûrement atteint d'une dilatation du cœur et de l'estomac ; mais ne portait-il pas aussi quelque lésion de l'aorte, n'avait-il pas une aortite ? Ce fut l'avis émis par M. Potain. M. Huchard, malgré l'absence de signes stéthoscopiques, est porté également à le croire.

Les douleurs vagues qu'il éprouvait depuis longtemps dans la poitrine, continue M. Ch. Liégeois, plaident en faveur de cette idée. « Que de fois, dit M. Péter, entendez-vous des vieillards se plaindre de leur « rhumatisme de la poitrine », lequel n'est autre que la douleur symptomatique d'une lésion de l'aorte ! » Et l'accès de dyspnée qu'il eût en Italie ! et les accès de suffocation qui survenaient sous l'influence du moindre effort ? M. H. Léger ne nous les a-t-il pas montrés relevant d'une lésion de l'aorte même latente ? On peut donc rattacher à une aortite latente aussi bien qu'à une dilatation myocardiaque l'Angine de Poitrine de ce malade.

On peut conclure aussi de cette observation qu'en présence d'un gastralgique qui vient d'avoir un accès d'Angine de Poitrine, il ne faudra pas non plus songer d'emblée à une Angine gastro-myocardiaque, la névrose douloureuse de l'estomac pouvant relever d'une aortite latente aussi bien que de l'Angor. On voit par là une fois de plus combien la scène morbide peut être compliquée. »

Nous avons cru utile de citer le fait de M. Huchard et l'appréciation qu'en donne M. Liégeois : ils éclairent le diagnostic de l'Angine de Poitrine gastro-myocardiaque, variété nosologique dont la délimitation n'est point toujours facile.

6° *Angine de Poitrine par Anémie excessive.* — Cette variété très rare (car, pour qu'elle survienne, il faut un concours nombreux de causes déprimantes) s'accompagne de circonstances et d'influences asthéniques si prononcées (malaria, air insuffisamment oxygéné, vie dans un souterrain, dans des mines, des prisons, nourriture de mauvaise qualité, présence dans l'intestin de l'ankylostome duodénal) qu'il est bien impossible de ne pas la reconnaître.

7° Il en est de même de celle accompagnant les **Maladies mentales** et l'**Affection de Basedow** où elle a des signes extérieurs qui ne sauraient passer inaperçus pour un œil attentif. Il n'y aurait de difficulté que s'il s'agissait de cette dernière existant à l'état fruste, mais nous nous sommes attaché précédemment à bien caractériser, avec observations à l'appui (1), les moyens assez faciles de la reconnaître dans les cas mal dessinés.

C. — Angines de Poitrine Diathésiques

1° **Angine de Poitrine Rhumatismale.** — On se souvient qu'avec M. Ch. Liégeois nous avons établi une différence entre celle qui accompagne le rhumatisme abarticulaire, non fébrile, se rapprochant autant de la névralgie que du rhumatisme, et celle qui fait cortège à un arthritis aigu, fébrile, polyarticulaire.

Voici les caractères de la première variété. Elle se montre généralement chez les névropathes, chez les jeunes sujets et aussi bien chez les femmes que chez les hommes. — Les accès se reproduisent fréquemment, parfois périodiquement, et vers le soir ou dans la nuit; ils ont une durée plus longue que les autres, d'une demi-heure à trois heures. Ils sont souvent occasionnés par le froid. Le siège et le caractère de la douleur sont aussi différents ; les patients se plai-

(1) M. Ch. Audry (Angine de Poitrine, Goître exophtalmique, Hystérie chez un homme. *Lyon Médical*, 2 janvier 1887) vient encore d'en publier un nouveau cas qui, avec ceux de Parry (deux cas), de Trousseau (un cas), de Laqueur (un cas), de Cardarelli (un cas), de P. Marie (un cas), de Daubresse (un cas), de Landouzy et Boileux (un cas), de Ch. Liégeois (un cas). de H. Huchard (deux cas), constitue la douzième observation de ce genre connue dans la science.

gnent à gauche du sternum, et non pas derrière cet os, d'une plénitude ou d'une distension du cœur qu'ils trouvent trop gros. L'accès une fois terminé, le malade est bien, ne songe plus à son mal, peut marcher, courir librement sans voir son accès se renouveler. Enfin cette sorte d'angine est réellement de peu de gravité, tandis qu'il en est tout autrement de l'angine de poitrine franchement rhumatismale.

Mais cette gravité s'accroît lorsque l'hypérémie inflammatoire envahit le plexus cardiaque.

Quand l'*Angor* vient compliquer les diverses phases du rhumatisme articulaire aigu, ce sont, dit M. Martinet (1), les déterminations articulaires qui ouvrent la scène ; la localisation cardiaque ne s'effectue que le quatrième jour au plus tôt. La fluxion articulaire est remarquable par sa mobilité ; la douleur et le gonflement disparaissent chaque fois qu'il se fait une poussée vers les nerfs du cœur et aussi entre les accès. Un médecin qui en est atteint écrit : « Plusieurs de mes accès ont succédé aux douleurs rhumatismales par une sorte de métastase. » Ce qui établirait une certaine analogie entre l'Angine de Poitrine rhumatismale et le rhumatisme cérébral.

Généralement les malades sont jeunes, de 20 à 30 ans, presque tous de souche rhumatismale, et, sur cinq personnes atteintes, il y a trois femmes de tempérament non névrosique. La face, pendant l'accès, est pâle, les yeux encavés, le nez pincé; il y a refroidissement des extrémités, abaissement de la température qui remonte après l'accès. La pression est douloureuse non seulement au foyer du plexus cardiaque, mais encore autour de lui. Il y a tendance aux lipothymies, aux défaillances, aux vertiges et à la syncope. La voix est altérée, presque éteinte, la respiration est fort gênée. A la fin du paroxysme, vomituritions, sueurs profondes ou diurèse abondante ; les accès ont une durée insolite ; ils peuvent se prolonger pendant deux heures et plus ; ils laissent après eux une douleur assez vive à la région cardiaque ; les sujets sont en imminence morbide et une forte pression fait reparaître le syndrôme. Tels sont les symptômes de cette variété d'Angor, universellement admise depuis les travaux de M. Péter et de ses élèves, mais très rare. (Ch. Liégeois, H. Huchard.)

(1) Martinet. — Thèse citée.

On peut confondre l'Angine de Poitrine rhumatismale à son début avec une *péricardite* commençante, rayonnant sur les nerfs cardiaques ; mais dès le second jour, si cette dernière existe, on entendra, dit M. Martinet (1), à la base du cœur, au niveau du troisième espace ou du mamelon, un frottement unique et systolique, ou, ce qui est bien plus fréquent, un va-et-vient, un frou-frou absolument significatif. En outre, un léger épanchement ne tarde pas à se former et l'on constate une augmentation de la matité, un affaiblissement des bruits normaux et une atténuation des bruits pathologiques.

Rien de semblable n'est observé dans l'hypérémie protopathique du plexus cardiaque : l'auscultation reste négative.

En même temps que l'inflammation du péricarde gagne les nerfs cardiaques, elle s'étend aussi aux nerfs phréniques, d'où la douleur à la base du thorax; au niveau des insertions diaphragmatiques et au cou, en avant du scalène, d'où aussi l'arrêt momentané de la respiration, la suffocation menaçante.

Dans l'angine de poitrine rhumatismale, nous l'avons dit, les phréniques sont presque toujours respectés par le processus hypérémique ; aussi, ne sont-ils point douloureux à la pression.

Mais la *péricardite* ne se traduit pas toujours par des signes physiques nettement appréciables à l'auscultation et à la percussion. Il faut compter avec les péricardites latentes ; il en est qui n'ont point d'autre symptôme qu'une douleur précordiale assez vive qu'on pourrait confondre avec l'Angor. Cependant, dans la péricardite la pression est douloureuse dans les troisième, quatrième et cinquième espaces intercostaux, à la base de la poitrine et au cou, à cause de l'irritation du nerf phrénique, tandis que la douleur à la pression n'existe point dans l'Angine de poitrine rhumatismale. Enfin, dans la première, cette douleur est constante, tandis qu'elle disparaît complétement avec l'accès dans la seconde.

Dans la *myocardite rhumatismale* on rencontre aussi, dit M. Martinet, de la dyspnée, des troubles du pouls, de la pâleur et du refroidissement comme dans certaines Angines de Poitrine ; mais, quelle différence dans leur manifestation! La douleur de l'angor est autrement aiguë, déchirante, et de plus elle revient par accès pour

(1) Martinet.— Thèse citée.

disparaître à peu près complétement une fois l'accès terminé. Dans les cas où elle est continue, son siège suffit à révéler sa cause ; c'est dans le deuxième espace et dans la région correspondante du sternum que la pression l'exagère et non en plein cœur, dans le quatrième espace, par exemple.

La dyspnée est continue, va en se prononçant de plus en plus dans la *myocardite* ; celle de l'angine n'apparaît guère qu'au moment des accès ; le pouls, petit et irrégulier à ce moment, reprend sa force vers la fin de l'accès, à mesure que le tétanos vasculaire s'éteint; il devient régulier dans l'intervalle des crises, tandis que dans la myocardite, il est au début fréquent et assez fort, puis il devient rare, faible, et ne se relève plus.

La pâleur, l'altération des traits, le refroidissement, sont passagers s'ils sont causés par un accès d'angor ; ils sont continuels et vont s'aggravant, s'il y a myocardite ; dans ce dernier cas, ils s'accompagnent toujours de cyanose ; on ne l'observe jamais ou à peine indiquée quand il y a hypérémie des nerfs cardiaques.

Enfin, la terminaison de ces deux maladies est tout à fait différente. La *myocardite* aiguë, généralisée, qui aboutit si rapidement à la dégénérescence, ne tarde pas à amener un collapsus mortel ou encore une syncope. L'Angine de Poitrine rhumatismale, au contraire, se termine toujours par la guérison et le retour absolu à la santé ; le cœur recouvre la parfaite intégrité de son fonctionnement.

La pleurésie, malgré son point de côté caractéristique, la dyspnée dont elle s'accompagne, ne saurait être longtemps confondue avec l'angor rhumatismal. L'absence de l'angoisse caractéristique, l'épanchement qui se fait rapidement, la disparition de la douleur, empêchent de commettre une méprise.

Cependant la *pleurésie diaphragmatique* gauche qui s'accompagne de dyspnée, d'angoisse respiratoire, de douleur précordiale s'étendant jusqu'au cou et parfois dans le bras gauche pourrait être confondue avec la maladie qui nous occupe. Indiquons, d'après M. Martinet, les signes différentiels de ces deux affections. La pression du doigt est douloureuse dans l'angor au second ou troisième espace intercostal, au bord du sternum et le long du sterno-mastoïdien ; dans la pleurésie diaphragmatique gauche, la pression est douloureuse au centre dans le quatrième et le cinquième à un travers de doigt du bord du sternum; il y a en outre le point cervical et le bouton diaphragmatique si caractéristique ; le malade a peur de développer sa poitrine, enfin on trouve à la base les bruits de

frottement, l'éloignement de la respiration et les signes de l'épanchement. Avec un peu d'attention l'erreur cesse d'être possible.

2° **Angine de Poitrine Goutteuse.** — Elle ne se montre ordinairement que chez les personnes de 40 à 50 ans et surtout chez les hommes, principalement chez ceux adonnés aux plaisirs de la table, buvant beaucoup, ayant le cou court et un embonpoint notable.

En général ces sujets ont été migraineux dans leur enfance et un peu plus tard dyspeptiques ou herpétiques ; ils ont, à mesure qu'ils ont avancé en âge, eu quelques accès de goutte ; ils n'en ont pas tenu compte non plus que de plusieurs signes avant-coureurs de l'angor (palpitations, oppression subite, douleurs sourdes au cœur), ils ont continué leur même genre de vie, n'ont en aucun point diminué leur plaisir ou leur bien-être et un beau jour l'accès d'angor retentit dans leur existence comme un coup de tonnerre dans un ciel serein jusque-là.

On a remarqué que, chez les goutteux angineux, la douleur est moins aiguë, moins lancinante, qu'elle embrasse un plus grand espace, que l'accès dure plus longtemps, disparaît moins rapidement et se reproduit avec une extrême facilité. De plus, la mort n'est pas aussi soudaine, les malades passent par des étapes successives de plus en plus graves avant d'y arriver ; enfin cette mort n'est pas foudroyante et les angineux-goutteux s'éteignent dans des accès de suffocation de plus en plus prolongés.

Quant aux autres Angines de Poitrine diathésiques (herpétiques, syphilitiques et diabétiques), les commémoratifs sont là pour éviter une erreur, du reste impossible, car dans toutes ces variétés la sternalgie ne tient pas la tête de ligne, elle ne paraît qu'au second plan et quand l'herpétisme, l'infection vénérienne ou la glycosurie ont donné des signes irréfragables de leur existence.

D. — Angines de Poitrine toxiques

Ce sont de toutes les variétés d'Angines de Poitrine les plus faciles à reconnaître. Elles ne débutent jamais par une attaque solennelle, complète, grave. Des palpitations violentes les précèdent et des accès à peine ébauchés les annoncent. Plus tard et la cause toxique persistant à faire sentir son influence, les accès prennent un caractère plus nettement accusé ; les malades se plaignent alors et l'attaque

surgit parfaitement dessinée. Cependant l'abandon des habitudes fâcheuses, des milieux délétères ou des professions nuisibles peut les ramener encore à un état de santé parfaite. Nous croyons donc inutile d'insister plus longtemps sur ce point ; nous dirons seulement quelques mots de la plus importante, la plus sérieuse de toutes les angines toxiques, l'angine tabagique. Voici, d'après M. Potain et M. Huchard, la physionomie particulière de cette variété :

1° Elle s'accompagne presque toujours de troubles dans le fonctionnement du cœur (ralentissement avec affaiblissement des battements cardiaques, intermittences, arythmies, palpitations, syncopes) et aussi de quelques troubles dans la respiration (oppression, dyspnée, asthme nicotique, etc.) ;

2° Les accès disparaissent d'ordinaire assez rapidement aussitôt que les sujets renoncent à fumer, remarque importante en clinique, disent M. Potain et M. Huchard, et commune à presque tous les accidents de tabagisme ;

3° Enfin, les accès, à moins d'intoxication complète ou de lésions cardiaques antérieures (Potain), se terminent rarement par la mort.

E. — Diagnostic des Angines de Poitrine de causes organiques

1° **Angine de Poitrine dépendant d'une Artério-sclérose.** — Peu de maladies sont autant que l'artério-sclérose, protéiformes et souterraines, a dit Fabre (de Marseille), en raison de ses causes si multipliées (l'alcoolisme, le saturnisme, l'arthritisme, le paludisme, et peut-être le végétarisme (Gubler).

Rappelons qu'elle débute tantôt dans les reins, dont les artères sont sclérosées les premières, et alors se montrent les signes manifestes de la maladie de Bright. Tantôt, c'est la tête qui se prend la première (bourdonnements, vertiges, hémiplégie), d'autres fois, c'est par le cœur, par l'aortite ou de l'hypertrophie que débute la scène, d'autres fois par le poumon (bronchite, emphysème) ou par le foie, l'estomac, la rate, la moelle, mais presque toujours il y a du retentissement et quelque lésion du côté du cœur.

On voit par là combien il est important pour le médecin appelé auprès d'un angoreux de savoir si un état d'artério-sclérose diathésique ne se cache pas derrière le rideau. L'affection en revêt un caractère plus sérieux, le pronostic est plus grave et il n'y a pas un instant à perdre pour instituer immédiatement le traitement.

Répétons donc, d'après M. Huchard, les symptômes qui la font reconnaître : « Le pouls radial est fort, bondissant et sans dicrotisme ; son tracé montre des oscillations d'une grande amplitude avec ascension rapide, sommet horizontal et descente brusque. Il y a une exagération de la tension artérielle ; c'est à cette période qu'on a donné le nom de phase préalbuminurique de la néphrite interstitielle. Le pouls est plein, lent, vibrant, prolongé, l'essoufflement facile ; il y a de la dyspepsie, des hémorrhoïdes, de la polyurie, des épistaxis, de l'hypertrophie du cœur ; le choc de la pointe est violent ; qu'on joigne à cela la dureté, la flexuosité serpentine des artères, la cornée sénile anticipée et on pourra décider si l'angor pectoris qu'on a à combattre est compliqué ou non d'artério-sclérose, et si celle-ci est généralisée ou s'il n'en existe que quelques plaques sur l'aorte. »

2° **Angine de Poitrine par Aortite aiguë.** — L'aortite étant une des causes les plus fréquentes de l'Angine de Poitrine organique et devant être toujours soupçonnée et recherchée avec soin par le médecin appelé auprès d'un angoreux, nous croyons devoir, quoique rapidement, entrer dans quelques considérations sur cette maladie, pouvant aider à la reconnaître et à la traiter, car en s'en occupant et en l'arrêtant dans sa marche, on éloignera et on suspendra les accès d'Angor.

En général, d'après M. Jaccoud (1), on devra la soupçonner chez un angineux quand la douleur rétro-sternale est continue ou paroxystique, quand la base du cou et l'articulation sterno-claviculaire sont douloureuses, quand le malade ressent une douleur constrictive autour de la base de la poitrine, quand la pression au haut du sternum est pénible, qu'on rencontre une matité de plus de trois centimètres dépassant le bord droit de cet os commençant dans le troisième espace intercostal et remontant vers l'articulation sterno-claviculaire, quand le ventricule gauche est hypertrophié et enfin quand on perçoit un souffle systolique sur le trajet de l'aorte.

Mais bien souvent la plupart de ces symptômes font défaut. Rarement ils sont assez accentués pour que le médecin ne reste pas indécis jusqu'à ce qu'un accès subit survienne, paraissant, dit M. Liégeois, au milieu du travail ou après une fatigue. Il y a angoisse, constriction rétro-sternale, mais tout cela n'est que passager, fugitif ;

(1) Jaccoud. — Gaz. des Hôpitaux, 6 mars 1886. Paris.

le malade n'y accorde qu'une légère attention ; bientôt cependant les accès se répètent rendant toute occupation impossible ; la marche, les mouvements du bras les renouvellent et alors le malade s'inquiète et appelle le médecin. A cette époque de la maladie, ce dernier n'hésitera pas à diagnostiquer une Angine de Poitrine, sans la rattacher à l'inflammation de l'aorte, parce qu'il n'aura pas assisté aux symptômes du début. Il faut avouer, du reste, que l'inflammation ayant alors envahi les filets nerveux qui rampent à la surface externe de l'aorte, il est impossible de faire la part de l'aortite et de l'Angor. Dès ce moment ces deux affections sont greffées l'une sur l'autre et tant que ne s'arrêtera pas le travail morbide de l'aortite, des accès d'Angine de Poitrine surgiront de temps en temps.

Aux divers symptômes signalés plus haut on peut encore ajouter une respiration courte, laborieuse, de la toux, des accès de dyspnée survenant sous l'influence de la moindre fatigue ou sans cause occasionnelle connue.

Voilà un ensemble de symptômes qui aideront à la reconnaître, mais bien souvent ils font défaut, d'abord parce que l'aortite procédant souvent par poussées successives interrompues par des accalmies, on n'assiste pas toujours à leur manifestation ; en second lieu parce que le cœur s'adaptant à la lésion artérielle, le malade ne souffre ni ne se plaint d'aucun trouble circulatoire et l'évolution de l'aortite reste souterraine et mystérieuse ; et enfin, parce que les symptômes précédents peuvent être masqués par une maladie grave du cœur ou du péricarde.

Ce sujet nous paraît si important que nous reproduisons à cet égard l'opinion du Dr Liégeois (mémoire cité p. 181) : « C'est, dit-il, en s'inspirant des mêmes idées soutenues par M. Huchard, c'est un droit absolu, malgré l'absence de bruits de souffle au premier et au second temps à la base du cœur, malgré l'absence d'augmentation de la matité aortique et lorsque les radiales sont athéromateuses, de diagnostiquer une *Angine de Poitrine aortique* quand les bruits au niveau de l'aorte ont un caractère sec et parcheminé, comme s'ils se produisaient dans une boîte en bois mince (R. Massalongo (1) et que le second bruit est retentissant et clangoreux, tympanique, pour me servir de l'expression de Guéneau de Mussy (2) ; c'est du moins le diagnostic qui fut porté dans le cas suivant :

(1) Massalongo. — Aortite et Angine de Poitrine mortelle.

(2) Guéneau de Mussy. — Recherches sur la dilatation cylindrique de l'aorte. (France médic. 1876.)

OBSERVATION CXXXVII

(Résumée par Ch. Liégeois)

(H. Huchard. — Loc. citat., p. 46 et 47)

T..., âgé de 71 ans, me fait appeler le 7 novembre 1882 pour des douleurs sourdes, rétro-sternales, qu'il attribue au rhumatisme (quoi qu'il ne soit pas franchement rhumatisant), et qu'il ressent depuis trois ou quatre jours. Ces douleurs étaient accompagnées d'une angoisse vague dans la région cardiaque avec quelques irradiations dans le cou et l'épaule gauche.

Depuis leur début, le malade était atteint d'une dysphagie telle qu'il pouvait à peine se nourrir. En arrivant près de lui je n'eus donc pas de peine à reconnaître la nature des accidents et à les rattacher à l'Angine de Poitrine, malgré l'absence de bruit morbide au cœur ou à l'aorte. Cependant, je remarquai que les bruits aortiques avaient un caractère sec et parcheminé, que le second bruit était légèrement clangoreux et quoique la matité aortique ne parût pas augmentée, les artères radiales étaient légèrement athéromateuses.

En m'appuyant sur tous ces caractères, sur l'apparition des premières douleurs angineuses à un âge aussi avancé, sur une sorte d'anxiété cardiaque que le malade éprouvait depuis six mois lorsqu'il marchait un peu vite ou faisait un effort, je pensai qu'il s'agissait d'une Angine de Poitrine vraie et je formulai devant la famille un pronostic très grave. Deux jours après, je constatai une congestion pulmonaire avec râles crépitants très fins dans toute la poitrine ; le soir, le malade, en faisant un effort pour monter dans son lit, porta vivement la main au cœur, poussa quelques plaintes et mourut subitement.

Si même en l'absence de signes stéthoscopiques bien nets on note, par un examen plessimétrique minutieux que la matité sterno-aortique normale variant chez l'homme de 4 c. 1/2 à 5 c. 1/2 au maximum et chez la femme de 2 c. 1/2 à 4 c. mesure chez le premier 5 c. 1/2 à 7 c. 1/2 et chez la seconde de 3 c. 1/2 à 5 c. 1/2, on devra, ajoute M. Liégeois, surtout si les artères périphériques sont athéromateuses, diagnostiquer une Angine de Poitrine par maladie d'Hodgson.

Même en l'absence de bruits insolites et de l'augmentation de la matité préaortique, on devra encore, d'après M. Péter (1), diagnostiquer l'Angine de Poitrine par aortite, quand, par la pression des nerfs phréniques dans leur trajet, on fera naître les douleurs.

Enfin nous devons dire que l'aortite toujours sourde, insidieuse, souvent lente à se révéler alors que ses désordres sont considérables, reste dans bien des cas absolument latente, absolument inconnue ; il semble que l'organisme ait une aptitude spéciale à la tolérer sans

(1) Peter. — Traité clinique et pratique des maladies du cœur. Paris 1863, p. 726.

symptômes subjectifs et précis en sorte qu'elle n'est révélée que par l'autopsie et qu'on se demande comment d'aussi grands désordres ont pu exister sans que rien les trahisse aux regards ou à l'examen répété du médecin traitant! M. Liégeois estime que si l'on pouvait faire toutes les autopsies d'angineux, on retrouverait le plus fréquemment cette lésion et que le cadre des angines protopathiques serait singulièrement rétréci, ce qui, il s'empresse de le déclarer, n'autorise pas la négation des autres variétés.

3° **Angine de Poitrine par lésions des coronaires.** — Il est bien difficile de diagnostiquer d'une façon probable et à plus forte raison certaine, l'Angine de Poitrine occasionnée par une *lésion des artères coronaires*. Cependant il est quelques signes qui peuvent mettre sur la voie. Les sujets sont pâles (figure et téguments) ; depuis quelque temps ils se plaignent d'essoufflement ; marchent-ils un peu vite ou contre le vent, une douleur subite les force à s'arrêter brusquement ; ils se reposent et peuvent recommencer leur marche ; ils ont des douleurs sourdes au cœur ; chez quelques-uns il est habituellement ralenti et en tout temps indépendamment des accès francs d'angor. La nuit, ils se plaignent en dormant, restent difficilement couchés sur le côté gauche ; parfois ils ont les extrémités froides ; une colère, une émotion pénible, une joie soudaine rappellent les accès.

Tels sont, en général, les symptômes auxquels on reconnaîtra l'*Angor* ayant pour cause une *lésion des coronaires*. Ajoutons que cette variété, qu'on croyait jadis être très rare, est une des plus fréquentes. Nous devons ajouter que celui provoqué par la *dégénérescence graisseuse* ou la *surcharge graisseuse* du cœur se manifeste par des signes presque identiques, mais, dans ces derniers cas, l'embonpoint général du sujet mettra facilement le médecin traitant sur la voie.

4° Nous avons assez longuement décrit les symptômes de l'Angor causé par une névrite cardiaque pour qu'il soit besoin d'insister à nouveau sur ce point.

5° Les *Angors* se reliant à la péricardite, à la dilatation du cœur droit, aux tumeurs du médiastin, du foie, à une adénopathie bronchique, s'accompagnent de trop de signes tangibles pour qu'on puisse, avec quelque attention et une exploration attentive, les confondre avec les autres classes d'*Angor*.

6° A quels signes reconnaîtra-t-on enfin qu'une Angine de Poitrine est sous la dépendance d'une *myocardite scléreuse?*

Rappelons d'abord que d'après M. Juhel-Leroy cette dernière s'accompagne de trois symptômes fixes ; 1° l'hypertrophie du cœur ; 2° la faiblesse des contractions cardiaques ; 3° la régularité et l'augmentation de fréquence des pulsations cardiaques, en même temps que la régularité, l'accélération, mais aussi la petitesse du pouls. Ajoutons à cela de l'essoufflement au moindre effort, de l'anhélation, de la polyurie nocturne et concluons que lorque l'*Angor* se rencontrera avec ces symptômes, c'est qu'il est sous la dépendance d'*une myocardite*.

Nous ne laisserons pas ce sujet du *Diagnostic* sans parler de la division que l'esprit net, judicieux, et méthodique de M. Huchard a proposée en ne reconnaissant que deux grandes classes d'Angine de Poitrine. Possédé par le besoin de simplifier à l'extrême (nous avons vu aussi quelle tentative M. Ch. Liégeois a faite dans le même sens au point de vue clinique) l'étude de cette maladie à laquelle il s'est livré avec une véritable passion, le médecin de l'hôpital Bichat n'en admet rigoureusement que deux sortes : les *fausses Angines* ou *pseudo-Angines* et les *Angines vraies*, reconnaissant toutes deux des causes différentes ; les premières se terminant ordinairement par la guérison, souvent même spontanée, les secondes toujours graves et suivies fréquemment d'une terminaison fatale.

C'est pour nous un devoir religieux envers celui qui nous a encouragé et souvent conseillé, de reproduire dans notre œuvre, avec toute leur énergie, les principaux arguments présentés par le médecin de Bichat pour soutenir son opinion convaincue; nous regrettons seulement de ne pas pouvoir faire entendre à nos lecteurs sa parole ardente, incisive et entraînante.

Après avoir démontré combien il est important pour un médecin de savoir si un malade atteint d'accidents angoreux doit succomber ou survivre à ses accès, M. Huchard compare entre elles ces deux classes d'Angine (1) :

Dans l'*Angine vraie*, les accès sont courts, viennent à des heures irrégulières ; un rien les provoque ; une émotion, une colère, l'acte du coït, la marche, l'action du vent, un effort, une fatigue, un travail. La cause en est profonde, maladive, grave, organique le plus

(1) H. Huchard. Leçon du 16 mai 1875, Hôpital Bichat.

souvent. Dans la pseudo-angine, l'accès est long, dure d'une heure à sept heures, surprend brusquement le malade comme le médecin, survient principalement la nuit comme le font généralement les manifestations névrosiques, spontanément, sans cause connue ; la maladie a des caractères paroxystiques comme les arthritis, parce qu'en effet, elle dépend d'une diathèse arthritique ou neurasthénique ; la fréquence des accès peut devenir extrême, et ils sont souvent déterminés pas le froid.

L'*Angor* vrai affecte le plus souvent l'homme d'un âge avancé. Tout ce qui contribue à la fatigue du cœur peut le déterminer. La pseudo-angine atteint principalement les femmes, et surtout celles ayant moins de trente ou quarante ans et se présente aussi bien pendant une période de repos que dans un moment de fatigue.

La douleur de la première est sous-sternale, gravative plutôt que lancinante ; elle s'accompagne d'une sensation de poids, de compression ; les parois de la poitrine sont serrées comme dans un étau ; le malade reste immobile, silencieux, en proie à la crainte de la mort, il a la conscience qu'un grave danger le menace ; on observe chez lui de l'abattement, un affaissement mental. La douleur de la fausse angine est plus aiguë, plus lancinante ; c'est une épée, un poignard ; ce sont des griffes d'acier qui torturent le malade ; le sujet exhale des plaintes bruyantes, n'est pas silencieux, immobile ; la douleur est en plein cœur ou au-dessous, quelquefois même à la région épigastrique au lieu d'être sur le côté gauche du sternum ; enfin c'est une distension, un déchirement plutôt qu'un poids ou une compression comme dans l'angine vraie.

En dehors des accès, la douleur s'accompagne souvent, dit M. Huchard, dans la pseudo-angine d'un certain degré de dyspnée, ou tout au moins d'anhélation qui ne s'observe point dans la maladie de Rougnon Heberden.

Dans l'Angine de Poitrine vraie, l'attaque est parfois accompagnée ou suivie de troubles vaso-moteurs qui sont la conséquence de l'intensité des douleurs (pâleurs de la face, refroidissement des extrémités, état syncopal).

Dans l'Angine de Poitrine fausse, ces troubles vaso-moteurs au lieu d'être la conséquence, sont assez souvent la cause des accidents angineux ; ils les précèdent au lieu de les suivre.

Dans la première, le sujet ne saurait faire un pas ; il reste anxieux, immobile ; pour un empire il ne voudrait pas marcher de peur de

renouveler sa douleur. Dans la seconde, le malade peut aller, venir et marcher, et il semble trouver quelque soulagement en se plaignant bruyamment.

Dans l'Angor vrai, le sujet ne saurait marcher vite, monter un escalier et courir sans être atteint à nouveau, tandis que dans leur intervalle le pseudo-angineux est relativement en bon état de santé, il ne se plaint pas du cœur, ou s'il a des palpitations, elles ne sont dues qu'à son nervosisme ou à son état d'anémie ; il marche, il court et danse sans faire reparaître ses accès.

Le traitement dans la première variété d'angor réussit quand on prescrit les médicaments dits *artériels*, tels que le nitrite d'amyle, la trinitine, l'iodure de potassium, qui retardent en effet les accès et les éloignent ; mais rarement la guérison est définitive. Dans la seconde variété, les antispasmodiques complétement inefficaces et insuffisants dans le cas précédent, procurent un soulagement presque certain.

Enfin, autant la mort est fréquente dans la première sorte d'angine, autant elle est rare dans la seconde où la guérison est la règle. Cependant l'Angine de Poitrine tabagique est fort grave si le malade persiste à fumer, mais elle est très légère et disparaît rapidement s'il abandonne ses funestes habitudes. L'angor tabagique tient donc de l'une et de l'autre, et sert de chaînon intermédiaire entre elles.

Du reste, M. Huchard reconnaît qu'il est des cas où la distinction entre les angines vraies et les angines fausses est difficile; cela arrive surtout lorsque l'angor dépend d'une aortite à ses débuts, et avec un soin minutieux, il recommande de rechercher avec la plus grande attention, dans les cas où les caractères qu'il vient de signaler n'apparaissent pas bien nettement, les signes principaux de l'aortite que nous avons précédemment indiqués.

S'appuyant sur les caractères cliniques propres à l'angine vraie et à l'angine fausse, M. H. Huchard en fait deux affections absolument différentes par leur nature, leurs symptômes, leur marche, leur terminaison, leur traitement surtout (1).

Et, pour justifier et faire mieux apprécier la distinction qu'il a établie entre l'Angine vraie par ischémie cardiaque et la pseudo-angine, il s'appuie sur la différence qu'on reconnaît aujourd'hui entre

(1) Dr Huchard. — Communication écrite le 6 septembre 1886.

l'asthme et le faux asthme, l'épilepsie vraie et les crises épileptiformes. Pendant longtemps, dit-il, on a confondu le vrai croup avec le faux croup ou angine striduleuse. Au concours mémorable ouvert sur ce sujet en 1812 par l'Académie de médecine, les concurrents, parmi lesquels étaient Jurine et Royer-Collard lui-même, ne firent aucune différence, ne proposèrent aucune distinction entre ces deux variétés qui au premier abord, en effet, se ressemblent comme les angors, par leurs symptômes saillants, extérieurs, si l'on peut s'exprimer ainsi, mais qui sont si différentes cependant par leur résultat ultime. Ce ne fut que bien plus tard que Bretonneau, l'habile praticien de Tours, établit cette distinction radicale et utile, car bien qu'étant une maladie toujours sérieuse, le faux croup n'est pas en général une affection mortelle et le médecin appelé peut rassurer, presque à coup sûr, la famille épouvantée.

La même similitude existe, selon M. Huchard, pour l'Angine de Poitrine vraie, par ischémie cardiaque et l'Angine de Poitrine fausse ou pseudo-angine. Au premier coup d'œil, on croirait avoir à traiter la même maladie, mais la terminaison toute différente vient démontrer que l'analogie n'est qu'apparente et le médecin de Bichat insiste sur l'importance de cette distinction. N'est-ce pas en effet pour le médecin un grand avantage d'être certain qu'il n'a à combattre qu'une pseudo-angine ? N'est-il pas heureux de pouvoir sans compromettre son prestige, affirmer qu'il peut lutter avec succès contre le mal et, partant, relever le courage du malade, rassurer son entourage ? Rien de ce qui peut contribuer à raffermir l'autorité du médecin et le met à même d'annoncer à l'avance les événements heureux ou malheureux, ne saurait être indifférent ! Sans doute, il est des cas où cette distinction importante entre les variétés d'angors, est difficile, impossible même ; sans doute il est des cas où les pseudo-angines se terminent par la mort, mais ce n'est pas une raison pour rejeter une division pratique et utile. N'en est-il pas de même pour le vrai croup et le faux croup ? M. Cadet de Gassicourt n'a-t-il pas cité des exemples du dernier suivis de mort, mais en résulte-t-il qu'on ne doive pas les distinguer l'un de l'autre et qu'il faille, à cause de ce résultat bien rare, établir une identité absolue entre ces maladies ?

Combien elle est séduisante au prime abord, cette division proposée par un esprit logique, rigoureux, amoureux de clarté et de netteté, alors même que les choses et les faits ne s'y prêtent pas complétement ! Avec elle, deux grandes classes seulement d'Angines de Poi-

trine : les vraies, les graves, par ischémie cardiaque et les fausses ou pseudo-angines comprenant toutes les autres, les névralgiques, les névrosiques, les diathésiques et les toxiques; ces dernières guérissant toujours, les premières guérissant rarement, surtout si les atteintes du mal se multiplient et se précipitent sans que la médication qui leur est pour ainsi dire spéciale, employée depuis un temps insuffisant, ait pù produire ses heureux effets. Et quelle lumière projetée dans le traitement des unes et des autres ! Aux premières les antispasmodiques, les calmants avec la certitude de réussir et la liberté d'annoncer hautement à tout l'entourage cet heureux résultat ; aux secondes, la médication artérielle, si consolante dans l'ischémie cardiaque ! Quelle hardiesse, quelle confiance en lui-même le médecin, délivré d'un doute incessant et d'une pénible incertitude, ne puiserait-il pas ainsi fixé ? De combien de fantômes incessants son esprit, avide de clarté, ne serait-il pas débarrassé ? Je le répète, au premier abord cette division exerce sur nous un attrait si grand qu'elle entraîne et subjugue.

Mais en l'adoptant dans toute sa rigueur, on s'aperçoit bientôt que toute désirable qu'elle soit, les faits s'accommodent mal de son inflexibilité. Je sais bien que dans les premiers temps, M. Huchard était en effet plus absolu que dans ses derniers écrits. Pour lui, l'angor vrai était celui dont on ne guérit point, et la pseudo-angine celle dont on guérissait toujours. On n'a pas manqué alors de lui présenter des faits infirmant ses idées. Par exemple : un malade de M. G. Sée, atteint d'une Angine de Poitrine symptomatique d'une lésion cardiaque ; la mort avait paru imminente pendant trois mois et cependant, avec les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, la guérison fut obtenue quoique le sujet gardât des lésions indubitables au cœur. Rappelons-nous ce cardiaque soulagé dès la première séance par Duchenne et guéri, absolument guéri, au bout de quelques mois ! M. Péter n'a-t-il pas eu plusieurs succès parmi ses malades atteints d'angor par névrite cardiaque et par conséquent d'angine vraie ?

D'autre part, beaucoup de malades atteints de ces variétés d'angor, rangées par M. Huchard dans les fausses angines, ont succombé malgré la bénignité apparente de l'affection d'origine. M. Huchard a observé lui-même cette terminaison fatale chez un dyspeptique goutteux ne présentant cependant aucune lésion cardiaque, ni aortique.

Rappelons encore ces Angines de Poitrine, *sine materiâ læsâ*,

survenues chez deux femmes nouvellement accouchées, ne présentant aucune lésion concomittante qu'a signalées le Dr Armaingaud, et dont une s'est terminée par la mort.

Citerons-nous encore l'observation du Dr Hillairet (XIX, p. 68) chez qui M. Dieulafoy ne reconnaît aucune lésion cardiaque ni aortique? M. Huchard combat cette assertion en disant qu'en accompagnant ce médecin distingué dans un voyage qu'il fit en Écosse, il fut témoin d'un accès de dyspnée, premier indice d'une affection cardiaque, mais une lésion au cœur sérieuse s'aggrave avec les années, surtout avec la vie ascensionnelle du médecin parisien, et si ni M. Dieulafoy, ni les confrères qui avaient ausculté avant lui le Dr Hillairet, n'ont rien trouvé avant et après, nous croyons être en droit de dire qu'il n'était point cardiaque et cependant il a succombé au troisième accès.

Citerons-nous encore le malade de M. Lelion (obs. XXI, p. 70) mourant sans lésion d'aucune sorte au second accès d'angor; celui du Dr Raillard expirant (obs. XXII, p. 72) sans complications cardiaques après un siège angoreux de quinze ans? cette observation (XLIV, p. 98, du Dr Jacquemin, citée par M. Liégeois) d'angine vasomotrice suivie de mort au moment où l'on piquait la veine pour faire une saignée. Il est vrai que M. Huchard nous répondra que les Angines de Poitrine vaso-motrices ne sont pas toujours des angors névrosiques, des pseudo-angines par conséquent et qu'elles accompagnent souvent l'angine vraie, ce qui est exact; mais enfin, dans cette observation, rapportée par M. Liégeois, il n'y avait aucune cause organique en jeu, aucune lésion apparente, et les premiers accès emportent la malade!

Si nous passons en revue les angors diathésiques, nous verrons des cas encore plus nombreux où cette variété, rangée cependant entièrement par M. Huchard parmi les pseudo-angines, est suivie de mort (V. obs. XCIV de Trousseau, XCVI de Liégeois, XCVII de Raillard), où les sujets ne présentaient aucune complication cardiaque ni aortique et qui ont eu une terminaison fatale? Quoi de plus bénin en apparence qu'un angor dû à une anémie extrême déterminée par un séjour dans un milieu malsain et cependant la malade de M. Renaut (obs. LXV) est morte sans trace aucune de lésion organique!

Les Angines de Poitrine diabétiques sont aussi rangées par M. H. Huchard parmi les pseudo-angines et cependant M. Vergely, dans

son travail si étudié, ne nous dit-il pas que deux de ses malades atteints légèrement en apparence de cette maladie, chez qui la douleur, se montrant et disparaissant avec rapidité, n'occupait que le sternum sans irradiation au-delà, n'en ont pas moins été foudroyés, l'un en montant en voiture, l'autre en montant sur son lit et, ni chez l'un ni chez l'autre, le pronostic ne lui avait semblé grave; les accès étaient courts, espacés, la douleur limitée, aucune lésion sérieuse du cœur n'avait été reconnue et la santé générale s'était maintenue bonne jusqu'au dernier moment!

Si nous passons aux *Angors Toxiques*, là encore les victimes se multiplient et semblent s'opposer à ce qu'on range plusieurs variétés de cette classe au nombre des pseudo-angines; par exemple les angors alcooliques et tabagiques, dont nous avons énuméré les nombreux méfaits. Rappelons à ce propos le malade tabagique du Dr Letulle, mort dans un accès, et les symptômes négatifs révélés par l'autopsie : « Intégrité absolue de tous les organes; les centres nerveux et le cœur ont été examinés avec le plus grand soin ; le cœur en particulier n'offrait aucune trace d'altération valvulaire ; les artères coronaires ont été ouvertes et étaient vides et perméables ; l'aorte parfaitement souple, nullement athéromateuse n'est pas épaissie, l'orifice est suffisant. » D'autres malades de Beau, Liébault, Colson, Nothnagel, Rosbach, Siredey, Richter, Thermes, ont succombé et nous ne parlons que des faits connus ; combien d'autres angors tabagiques mortels connaîtrait-on si chaque médecin signalait ceux qu'il observe dans sa clientèle ?

Ces morts successives dues incontestablement à l'Angine de Poitrine tabagique ont été assez multipliées pour que M. Huchard, dans son premier travail (1883), ait placé cette dernière après les angines vraies, comme chapitre d'attente, comme chaînon intermédiaire entre les angines vraies et les fausses. Aujourd'hui il la range sans hésiter parmi les premières, par ischémie fonctionnelle.

Quant aux morts survenues dans les autres pseudo-angines, M. Huchard ne nie point que cela soit possible, mais il objecte qu'on meurt également dans le faux croup ; et dans cette maladie comme dans l'angor, il explique cette terminaison par un spasme fonctionnel très violemment accusé ; mais cette cause de mort ne peut être admise que pour les angors essentiels et les angors névralgiques ; et elle reste à prouver ou plutôt à démontrer pour les angines mortelles dues à la névrite cardiaque, à l'hypérémie du plexus cardiaque, à

des troubles vaso-moteurs, à la distension du cœur droit dans les affections cardiaques qu'il regarde comme des pseudo-angines.

On essayerait en vain de le nier, il est des angors, parmi ceux qui ne sont pas tributaires de l'ischémie cardiaque, qui sont dangereux et ne permettent pas toujours de promettre la victoire dans la lutte. Ceux que nous venons de citer sont de ce nombre. L'hypérémie cardiaque, la névrite cardiaque compliquées d'angor sont des affections sérieuses. Beaucoup de dyspeptiques meurent d'angor avec des lésions au cœur droit. Et ce sera en vain que M. Huchard justifiera cette mort en la faisant dépendre de la lésion cardiaque. Quelle est la maladie du début? la dyspepsie ; pourquoi des troubles sont-ils survenus au cœur droit? Parce que cette dyspepsie n'a pas été soignée à l'origine. Quelle est la médication qui enraye l'angor et fait disparaître les altérations du cœur? La médication contre la dyspepsie. Que ferait en ce cas la médication artérielle? Rien. Et cependant on meurt, et on meurt assez souvent même de cette angine dyspeptique rangée parmi les fausses angines.

Reconnaissons-le, malgré ces qualités si attrayantes de netteté et de simplicité, cette division de M. Huchard a un caractère trop absolu, elle ne laisse pas suffisamment ouverte la porte à l'imprévu dans une maladie où des complications inattendues surgissent à chaque instant. Peut-être même offre-t-elle un danger à mes yeux, celui d'exposer le médecin qui l'adopte aveuglément à une désillusion pénible ? Croyant en effet n'avoir à traiter dans certains cas que des pseudo-angines, peut-être s'endormira-t-il dans une sécurité trompeuse et ne se mettra-t-il pas suffisamment en garde et vis-à-vis de la famille qu'il aura par trop rassurée et vis-à-vis du mal qu'il n'attaquera pas avec tout l'empressement et toute la vigueur nécessaires pour en triompher ?

Mais laissons de côté cette considération; il est évident qu'il est des circonstances où le meilleur praticien flottera indécis, ne sachant au juste à laquelle de ces deux classes appartiennent certains cas d'angors, tandis qu'il ne lui sera jamais difficile de reconnaître s'il a affaire à un angor névralgique, névrosique, diathésique, toxique ou organique.

Rappelons ici que M. Potain, au Congrès de Grenoble, a trouvé également la division de M. Huchard un peu trop radicale ; de longtemps, a-t-il dit, elle n'aura pas force de loi et sera combattue par des auteurs qui ne manqueront pas d'exemples à lui opposer démon-

trant que souvent cette distinction n'est pas toujours facile. M. Ch. Liégeois, si nous en jugeons par les quelques lignes qu'il y a consacrées dans son Mémoire académique, ne nous a pas paru l'adopter, tout en reconnaissant les différences symptomatiques réellement tranchées qui existent entre les angors par aortite et les angors vaso-moteurs ou névralgiques.

Et cependant on ne peut s'empêcher de le dire, cette classification est éminemment désirable autant que séduisante par sa clarté, sa simplicité et les conséquences logiques qui en découlent. Le seul reproche fondé qu'on ait à lui faire, je le répète, c'est d'être par trop absolue, et ces mots (notre langue française est d'une si rigoureuse précision), ces mots, dis-je, de *vraies* et de *fausses* angines, contribuent certainement à réveiller et à entretenir dans nos esprits une idée par trop inflexible, que trop de faits battent en brèche, de vie et de mort, de fin subite dans un cas, de salut assuré dans l'autre! Peut-être M. Huchard aurait-il eu besoin de moins d'efforts et de moins de talent pour gagner tout à fait sa cause, s'il s'était contenté de deux adjectifs moins retentissants pour nos oreilles et moins significatifs pour notre pensée, de mots ne creusant pas une barrière infranchissable entre ces deux grandes classes d'angor. Il lui eût suffi, je crois, de conserver les noms proposés par les anciens auteurs d'*angina major* et d'*angina minor*, ou de *graves* et *légères*, un peu plus élastiques, contrastant un peu moins, dépeignant suffisamment le danger et un peu plus rassurants contre les éventualités possibles! Dans une maladie où l'inconnu et l'imprévu, comme je le disais tout à l'heure, jouent un si grand rôle, il est prudent d'être moins affirmatif et de laisser l'avenir dans une teinte un peu plus indécise. En médecine, le retour à la vie, à la santé, ou la perte de toute espérance, sont souvent des problèmes insondables que le plus habile ne saurait résoudre et prédire à l'avance avec une certitude mathématique !

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Cette maladie avait jadis le triste privilège de passer pour incurable. Aussi, comme le dit M. Huchard, le nihilisme thérapeutique était-il vis à vis d'elle à l'ordre du jour; et cependant, bien des auteurs et même des plus anciens, avaient reconnu qu'un certain nombre d'Angines étaient bénignes et disparaissaient sans revenir à nouveau. Millot nous le dit dans sa thèse soutenue en 1812 :

« Dans les cas les plus simples, lorsque cette affection est récente et qu'elle existe indépendamment de toute complication, le pronostic est peu fâcheux et on peut espérer une guérison, ce qui n'est pas sans exemple ». Desportes disait également, ayant sans doute en vue les angors névralgiques et névrosiques : « On aura lieu d'espérer un succès si le malade n'a pas dépassé l'âge moyen de la vie, l'âge de trente ans environ ».

Laënnec de son côté, écrivait ces sages paroles : « L'Angine de Poitrine à un médiocre degré, est une affection extrêmement commune et existe fort souvent chez des sujets qui n'ont aucune affection organique du cœur ni des gros vaisseaux. J'ai vu beaucoup de personnes qui ont éprouvé seulement quelques attaques très fortes, mais de courte durée et qui en ont été ensuite débarrassées ». Le Dr Papillaud, dans son Mémoire couronné par la Société de Médecine d'Anvers, rappelait également que bon nombre d'Angors était curable, et sur quatorze malades traités par le bromure de potassium, pas un seul n'avait succombé.

Cependant, en général, cette maladie était considérée comme extrêmement grave, et pour elle le rôle du médecin n'était, ainsi que pour beaucoup d'autres affections. *nihil aliud quàm animi consolatio,* suivant l'expression de Pétrone.

Ce n'est que depuis la division des angors en névralgiques, névrosiques, diathésiques, toxiques et organiques, depuis qu'on a mieux compris leurs causes, leur processus et leur pathogénie, que l'Angine de Poitrine a cessé d'être considérée comme une maladie sans espoir.

Cette question du Pronostic occupe une place importante dans l'histoire de l'Angine de Poitrine, car en présence de l'effroi du malade atteint d'*Angor* et de ses pénibles souffrances, la famille, les assistants et le patient surtout, dirigent leurs yeux sur le médecin et se suspendent à ses lèvres attendant de lui en quelque sorte un arrêt de vie ou de mort. D'autre part, avant de se prononcer, avant de prédire un dénoûment heureux ou fatal, de s'exposer par conséquent à être contredit par les faits, ce dernier a à réfléchir mûrement pour reconnaître la classe d'*Angor* qu'il a sous les yeux.

Un pareil jugement est-il facile à porter dans l'espèce ? Pouvons-nous nous prononcer ici avec autant de certitude que dans beaucoup d'autres maladies ? Nous devons avouer que non ; outre que la maladie éclatant souvent avec la rapidité de la foudre, laisse à peine au médecin, brusquement mis en face d'un malade épouvanté, le temps de se recueillir et de réfléchir, est-on jamais sûr, même dans les angors les moins dangereux, les angors névrosiques par exemple, qu'il n'y a point sous roche une altération organique du cœur ou des gros vaisseaux ? M. Jaccoud (1) ne déclare-t-il pas que malgré tous les travaux dont l'Angine de Poitrine a été l'objet depuis quelque temps, la lumière est loin d'être faite sur ce point. D'après lui, et nous reproduisons ses propres paroles, peut-être un peu exagérées, cette affection est « l'une des maladies les *plus simples* au point de vue de ses phénomènes et de son diagnostic, au point de vue clinique en un mot, mais l'une des plus obscures ou plutôt des plus obscurcies au point de vue pathologique. » Il en est peu en effet où le médecin ait autant besoin de savoir, de tact, et de cette intuition secrète, profonde, qui ne sont pas dévolus à tout le monde et qui font le bon et heureux médecin aussi bien que le remarquable poète.

(1) Jaccoud. — Gazette des Hôpitaux, 9 mars 1886.

On comprend par là combien le praticien doit garder de réserve, surtout quand il assiste à l'évolution dramatique d'un premier accès ; qu'il se souvienne combien de fois, en effet, la tragédie n'a comporté qu'un seul acte ! Après les premiers secours à donner (et fort heureusement, nous sommes armés aujourd'hui de moyens bien plus énergiques qu'il y a 20 ou 30 ans), après cette indication suprême, dominante « calmer l'accès » qu'il a à remplir aussitôt la maladie reconnue, avant même de réfléchir, il pourra, la sédation obtenue, rechercher dans quelle classe il doit ranger le cas se présentant à lui, et la lumière faite dans son esprit, il se prononcera alors avec plus de certitude.

C'est en suivant notre division méthodique que nous allons passer en revue le pronostic particulier à chaque catégorie d'angor.

1° — Angines de Poitrine Névralgiques

Elles sont en général beaucoup moins graves que l'accuité des symptômes le fait croire tout d'abord. Après un temps variable, elles disparaissent d'elles-mêmes et ne seraient suivies d'une terminaison fatale que si le sujet restait constamment soumis à l'influence des mêmes causes débilitantes, ce qui demanderait un concours de circonstances tout à fait extraordinaire. Au résumé l'Angine de Poitrine par névralgie cardiaque est peu commune et peu grave, ce qui ne veut pas dire cependant que l'*Angor essentiel* ne puisse pas être suivi de mort ainsi que nous en avons cité des exemples.

L'*Angine traumatique* est bénigne en général ; presque toujours une opération ou un traitement rationnel en a raison, seulement il ne faudrait pas laisser le mal donner pendant trop longtemps des assauts furieux à l'organisme, car le ventricule gauche s'hypertrophie dans ces cas avec une extrême facilité et des altérations organiques sérieuses ne tarderaient pas à emporter le malade en rendant plus fréquents chez lui les accès. Cette opinion, rééditée des anciens, est la nôtre et celle du Dr Gauthier, nous devons à la vérité de répéter qu'elle est répudiée par M. Ch. Liégeois et par M. H. Huchard ; nous reviendrons sur ce point.

Le pronostic de l'*Angor des nouvelles accouchées* doit être réservé; heureusement que cette variété paraît être excessivement rare.

2° — Angines de Poitrine Névrosiques

Cette classe comprend des variétés nombreuses et il est probable que l'avenir en fera découvrir encore de nouvelles. On est porté à le

croire en voyant combien depuis douze ans le nombre de ces angines s'est étendu avec le développement exagéré du nervosisme à une époque agitée par tant de passions, dans un temps où le cœur humain est le siège de tant d'orages et ressent le contre-coup de tant d'événements imprévus. Quoi qu'il en soit, rappelons-nous que les Angines de Poitrine névrosiques à symptômes bruyants ne sont pas les plus dangereuses.

Nous reproduisons ici avec plaisir les réflexions si justes et si vraies exprimées par M. Landouzy (1) au sujet d'une malade chez qui l'*Angor* se compliquait d'hystérie et de lésions cardio-aortiques :

« Pareilles observations sont bien faites pour donner raison à ceux d'entre nous qui, placés en face d'une Angine de Poitrine, entendent se préoccuper moins de l'accès que du malade saisi par l'accès. Il n'y a dans l'Angine de Poitrine, en dépit de son appareil dramatique et terrifiant, qu'un symptôme, et ce symptôme — pas plus qu'aucun autre en médecine — ne saurait à aucun point de vue, pas plus en diagnostic qu'en pronostic et qu'en thérapeutique, avoir de valeur univoque. Ce n'est pas l'Angine de Poitrine qu'il importe de connaître, ce sont les circonstances au milieu desquelles elle est venue, ce sont les conditions d'âge, de terrain, de milieu, d'antécédents qui lui donneront sa valeur. C'est tout cela qui permettra de se faire une idée juste et complète, non seulement de l'affection, mais, ce qui importe plus, du malade. C'est cette manière de comprendre et d'interpréter l'Angine de Poitrine qui montrera toute l'importance que doit prendre en nosographie un syndrôme dont on a trop voulu faire l'apanage des arthritiques cardio-aortiques. Une interprétation plus complète des faits montre qu'il est tout une série de malades qui souffrent d'Angine de Poitrine comme ils ont souffert d'asthme, d'accès de palpitations, de névralgies, d'anesthésies, de contractures ou d'autres perversions nerveuses qui pour apparaître n'ont besoin que d'être conditionnées par des perversions fonctionnelles, fuyantes ou tenaces, légères ou graves, circonscrites ou diffuses, frustes ou éclatantes, ressortissant à des vices de nutrition transitoires ou durables, que ceux-ci soient acquis ou qu'ils soient héréditaires. C'est envisagée de la sorte, que la question de l'Angine de Poitrine deviendra une des questions doctrinales et pratiques les plus intéressantes et que l'on se convaincra que par l'analyse de ses condi-

(1) Landouzy. — Leçon clinique faite à la Charité. — Progrès méd., sept. 1883.

tions étiologiques et pathogéniques, on ne saurait pas plus la distraire de l'étude de l'arthritisme que de l'étude d'un de ses aboutissants les plus accapareurs, le *nervosisme.* »

« C'est l'Hystérie qui, en faisant rentrer, dit M. le Dr Leclerc (1), dans la statistique de l'Angor l'élément jeune et le sexe féminin, a rendu le pronostic moins grave et a contribué à enrichir la statistique des « guérisons ». Cela n'est pas tout à fait exact, car les cas d'Angine de Poitrine Hystérique se comptent dans la Science; si on ajoute au petit nombre d'observations de MM. Boucheron, Charcot, Marie, Rigal, Huchard, Landouzy, celles de Hurd (2), de Byrom-Bramwell (3), Liégeois (4), de Bernheim (5), d'Osgood (6), d'Aubry (7), de Macdowal (8), et les observations inédites communiquées au Dr Leclerc par M. Huchard ou ses élèves, on a tout le bilan connu des cas d'Angor Hystérique et ce nombre est trop petit pour avoir grossi beaucoup le total des guérisons. Nous croyons que notre confrère M. Leclerc se serait approché beaucoup plus de la vérité en disant que les Angines névralgiques et surtout les névrosiques, dont l'Angor Hystérique est une modeste branche, ont modifié le résultat des statistiques. Le Dr Leclerc en convient du reste, puisqu'il avance que bon nombre de ses observations rentrent dans le cadre des sténocardies névrosiques tout autant que dans celui des Angors Hystériques.

En réalité, les deux premières classes d'Angor (les Angines névralgiques et névrosiques) ne présentent pas de gravité.

3° — Angines de Poitrine Diathésiques

Les *Angines de Poitrine diathésiques* (par arthritis, herpétis, syphilis, diabète), entraînent un pronostic un peu plus grave en général que les angors névrosiques. L'organisme est entaché, affaibli, a moins de force de résistance; la voix de la nature, *summa*

(1) Angine de Poitrine Hystérique. — Thèse doctorale de Leclerc, 1887, p. 16.

(2) Hurd.— New-York médical. Record 1883.

(3) Byrom-Bramwell.— Diseases of Heart and aorta, 2e édit. — Edinburgh 1886.

(4) Liégeois.— Mém. cité 1885.

(5) Bernheim. — Clin. médicale 1877.

(6) Osgood.— The american Jal of medical sciences 1875.

(7) Audry. — Thèse doct. 1882 (Angor hystérique chez un homme).

(8) Macdowal. — Edinburgh medical Jal sept. 1882. (Un cas d'Angine de Poitrine hystérique traduit par le Dr Leclerc).

medicatrix, se fait plus difficilement entendre. Des sujets diabétiques, syphilitiques et herpétiques, on peut dire ce que M. Péter a dit des alcooliques: « ce sont de jeunes vieillards »; il faut donc être réservé, et d'autant plus réservé dans le pronostic de l'*Angor Pectoris diabétique* surtout, que la souffrance aiguë éprouvée du côté du cœur chez ce genre de malade, jointe à la dégénérescence de cet organe qui survient parfois dans cette maladie, peut amener une syncope mortelle.

On sait du reste combien d'autres causes de mort subites menacent le diabétique. Ainsi le moindre effort, une émotion vive, peuvent déterminer un collapsus, une paralysie fatale du cœur. D'autre part, l'anémie cérébrale, un peu d'œdème, une intoxication du sang par l'hyperglicémie ou par l'acétonémie, sont susceptibles de provoquer un coma fatal. (1)

En présence de tant de menaces, on comprend le nombre considérable de morts observées chez les angoreux diabétiques et de quel poids sinistre est cette complication de la sternalgie ajoutée à tant d'autres !

Quant à l'*Angine de Poitrine rhumatismale*, on peut dire que la guérison est ordinairement la règle. « Cependant si l'on considère, écrit M. Martinet (1), et la nature de l'affection et l'importance de l'organe affecté, on ne peut se défendre d'apporter quelques restrictions à ce caractère de bénignité. C'est, en effet, une fluxion que le rhumatisme détermine sur les nerfs du cœur, et l'on ne sait jamais jusqu'où s'étendra le processus hypérémique. La mobilité, la soudaineté de son apparition, sont autant de raisons qui doivent imposer une grande réserve. Et sur quoi porte cette fluxion ? Sur l'appareil nerveux de l'organe central de la circulation ; elle en trouble le jeu normal et y occasionne les désordres les plus graves, qui, s'ils avaient une durée plus longue que celle qu'ils ont d'habitude, compromettraient certainement l'existence. Cette éventualité doit être envisagée, sans aucun doute ; elle est parfaitement en rapport avec l'état présenté par les malades : torturés par une douleur atroce, leur visage pâlit et se refroidit ; ils ont de la tendance à la syncope et comme le sentiment d'une mort prochaine. La vie est menacée, cela est certain, et sans l'intervention thérapeutique rationnelle, nous ne doutons pas que la mort ne puisse être la terminaison d'un accès. »

(1) Dr Frédérichs. — Wiener med. Woch, 1882, n° 36.

« Ce n'est pas dans l'accès lui-même qu'il faut chercher les éléments d'un pronostic ; ni l'acuité de la douleur, ni l'exagération du tétanos vasculaire, ni la violence des déterminations articulaires, ni le nombre, ni l'importance des articulations prises, ne sont suffisants pour dire si l'accès se terminera par la mort. »

« Ce sont d'autres considérations qui ajoutent à la gravité du pronostic, par exemple la répétition des accès à courts intervalles, l'état de santé antérieur, la constitution plus ou moins affaiblie du malade, son âge, les altérations de son muscle cardiaque. »

« Quel que soit l'état terrifiant de la symptomatologie, s'il s'agit d'une femme jeune et quelque peu nerveuse, il ne faut pas se laisser influencer par la violence de l'accès, ni par sa durée ; il se terminera heureusement selon toutes probabilités. Le malade est-il âgé, son aorte est-elle enflammée, ses artères sont-elles déjà flexueuses ou dures, en un mot, est-il sur le chemin qui conduit à l'artério-sclérose généralisée, le cas est grave. Le cœur, en effet, est surmené, fatigué par le surcroit d'activité qu'il a dû déployer pour lutter contre la perte de l'élasticité artérielle et il serait surprenant qu'il ne fût pas touché par une légère dégénérescence granuleuse; or, en un tel état, une aussi rude atteinte ne saurait être impunément portée à son fonctionnement. »

L'*Angine de Poitrine d'origine goutteuse* est-elle aussi bénigne que quelques auteurs le prétendent, même en l'absence de complications cardiaques ?

Je ne le crois pas. Elle se rattache à un état constitutionnel trop redoutable, elle a pour caractère de se reproduire trop fréquemment pour ne pas mériter une place dans les angines graves.

Si nous consultons en effet le relevé de nos observations, nous voyons (observ. XCVI, p. 168), une Angine de Poitrine mortelle chez un goutteux *paraissant indemne de toute lésion aortique* (1), après examens multipliés de M. Liégeois et de plusieurs de ses confrères fort distingués. L'observation qui suit (obs. XCVII) nous montre un goutteux exempt de lésions cardiaques, souffrant pendant neuf années d'un angor effroyable et succombant sous ses coups répétés sans que trois médecins renommés et habiles aient pu trouver au cœur la moindre altération.

(1) M. Liégeois s'empresse d'ajouter que ce résultat négatif n'est pas absolument confirmatif, en pareille occurence de l'absence de lésions aortiques et surtout de lésions coronaires.

Or, si on a observé une terminaison fatale dans des cas aussi simples, combien davantage doit-on la redouter quand existent des altérations de cet organe !

Et il faut le dire, la fréquente réapparition des accès (car il vient un moment dans l'histoire de ces malheureux où chaque manifestation arthritique s'accompagne d'un accès d'angor) imprime, ce nous semble, une gravité particulière à l'angor d'origine goutteuse. On pourra nous objecter que ce ne sont pas les accès de sternalgie, mais bien les altérations organiques, les plaques athéromateuses, éparses ou accumulées sur les valvules, l'endocarde ou les parois de l'aorte ou des artères coronaires qui déterminent la mort. Mais nous répondrons que ces accès sont antérieurs à la formation des néoplasmes, que ce sont les poussées fluxionnaires successives sur les séreuses cardiaques qui ont précédé et pu amener (c'est notre opinion personnelle) leur formation. Ces altérations organiques une fois établies, font l'office d'épine inflammatoire, elles provoquent la répétition du mal, mais en réalité, la sternalgie domine toujours la scène arthritique et c'est toujours elle qui tient la tête dans ce steeple-chase, galopant bride abattue vers la catastrophe finale.

Nous savons bien que plusieurs auteurs (Germain Sée, Liégeois, Huchard) nient que les Angines légères ne s'accompagnant pas de lésions cardiaques puissent à la longue, après une succession de plusieurs années de troubles fonctionnels, devenir des Angines graves, organiques.

Mais s'il est vrai, malgré les assertions suivantes de M. Bernheim (1), « que le muscle cardiaque ne se fatigue pas ; son état normal est de passer alternativement du relâchement à la contraction et *vice versâ* », et de M. Spilmann (2), le cœur est fait pour battre, c'est son rôle, c'est sa vie ; il bat 60, 70, 80, 100 ans et même plus, sans se fatiguer »; s'il est vrai, dis-je, que cet organe s'altère à la suite de fatigues exagérées (3), d'efforts musculaires continuels (4), que son surmènement (Overwork) détermine, en plein état de santé, l'hypertrophie et des dilatations cardiaques primitives (altérations

(1) Bernheim. — Leçons de clinique médicale.— Paris 1877, p. 170 à 273.

(2) Spilmann.— Arch. génér. de méd., janv. 1876, p. 69.

(3) Peacok.— « On the weight dimensions of the Heart in health and diseases », Monthly Jal 1854.

(4) Cliffort Albutt. — « The effects of overwork and Strain on the Heart and great Blood-vessels — S'George's Hospital reports, t. v, 1870, p. 23.

confirmées par les expériences de M. Pitres (1), nous devons bien admettre que les troubles maladifs du cœur, qu'un processus morbide, un fluxus rhumatismal, une angoisse extrême se reproduisant un certain nombre de fois, doivent laisser à la longue des traces, une empreinte, un cliché par les secousses exagérées et les variations qu'ils occasionnent dans le centre moteur de la circulation.

Enfin, si M. Da Costa (2) a vu chez des jeunes gens surmenés par des marches forcées, par les fatigues et la misère de la vie des camps, survenir des palpitations intenses et des douleurs précordiales et, par suite, des hypertrophies et des lésions valvulaires, si M. Myers a observé les mêmes effets chez des soldats bien portants mais dont l'équipement réglementaire gênait le cœur et les poumons en comprimant le thorax (3), si des causes dépressives morales développent des affections organiques du cœur (Leudet) (4), si la peur d'être écrasé a déterminé subitement chez un malade de Beau une affection organique du cœur qui l'emporta au bout de trois semaines et qui fut caractérisée par la dilatation et l'hypertrophie des quatre cavités (5), si les fièvres intermittentes, la variole, l'ictère (Fabre, Maillot, Haspel, Dutrouleau, Desnos et Huchard), la péricardite (Jaccoud), et beaucoup d'autres maladies produisent les mêmes altérations du muscle cardiaque sans prédispositions antérieures, n'est-il pas infiniment probable que des accès répétés d'Angor où les troubles circulatoires s'accompagnent de la crainte morale la plus profonde et souvent d'un processus irritatif diathésique ou toxique toujours prêt à se porter sur l'organe sidéré, doivent déterminer à la longue soit une artérite, soit une aortite, soit une dilatation ou des lésions vasculaires, et que, sous ces atteintes répétées, une Angine purement fonctionnelle au début peut devenir chez certains sujets un Angor organique ?

Le contraire nous étonnerait en vérité, d'autant plus que si nous invoquons les lois de la similitude, nous voyons fréquemment une épilepsie essentielle tout d'abord déterminer des lésions organiques

(1) A. Pitres. — Des Hypertrophies et des Dilatations cardiaques ; thèse pour l'agrégation. — Paris 1878.

(2) Da Costa. — The american Jal of the medic. sciences, 1870.

(3) Myers.— On the etiology and prevalence of diseases of the Heart among Soldièrs.— London, 1870.

(4) Leudet.— Influence réelle des causes morales et mécaniques dans la production des maladies organiques du cœur. Thèse d'agrég. méd. Paris, 1853.

(5) Beau. — Traité expérimental et clinique d'auscultation.— Paris, 1856.

dans divers départements cérébraux, pour peu que ses atteintes se multiplient et se perpétuent.

4° — Angines de Poitrine Toxiques

Elles présentent un caractère de gravité bien plus accentué que les angines névrosiques, principalement l'*Angor tabagique* au sujet de laquelle M. H. Huchard s'est exprimé en ces termes dans une de ses leçons faites à l'hôpital Bichat, le 16 mai 1886. « Bien que je range cette variété parmi les Pseudo-Angines, je dois reconnaître cependant qu'elle offre un caractère assez grave et sert pour ainsi dire d'intermédiaire entre l'Angine vraie et la Pseudo-Angine. Provoquée par le rétrécissement spasmodique et *fonctionnel* des coronaires, elle ressemble, en effet, à la première par le mécanisme de la souffrance et les dangers dont elle menace la vie et elle tient de la seconde par la rapidité avec laquelle ces dangers s'éloignent si le sujet renonce promptement et définitivement à ses habitudes tabagiques. »

Il en est absolument de même de l'*Angine d'origine alcoolique.* Ce n'est que lentement et après une longue succession de mois et d'années que se fait le travail maladif préparant l'invasion de l'angor ; mais, pour être lent, souterrain et peu visible, il n'en est pas moins sûr. L'alcoolisme, à lui seul, a dit un de nos maîtres, occasionne au cœur et à ses annexes toutes les lésions que des causes diverses et d'envergure puissante peuvent y déterminer.

Sous son influence, l'aorte se dilate comme cela arrive chez les vieillards, ses tuniques s'artério-sclérosent comme chez les athéromateux, les diathésiques et les syphilitiques ; ses parois s'enflamment, s'irritent, non pas dans toute leur étendue, mais par plaques.

Le cœur participe à ces dégénérescences ; le tissu myocardiaque s'affaiblit, devient granulo-graisseux, se dilate passivement ; les artères coronaires se crétifient par plaques ou entièrement.

En outre, il se produit, sous l'influence continue de l'alcoolisme, une dilatation générale de tout l'organe et de ses dépendances que tendent à augmenter chaque jour la violence, l'exagération, les propulsions brusques de la pression excentrique. Or, nous le demandons, est-il des conditions plus favorables à l'apparition de l'an-

gor? Non, assurément. Ajoutons que lorsque le premier accès a éclaté chez un alcoolique, le malade est perdu à bref délai s'il n'abandonne pas ce fatal breuvage, et cela sera surtout vrai si le sujet est en même temps voué à la misère; car ici, comme dans toutes les affections du cœur, cette dernière est une compagne singulièrement aggravante.

On peut dire des angines toxiques qu'elles présentent toutes un caractère commun ; si les malades persistent à vivre dans les mêmes milieux malsains, à conserver leurs anciennes habitudes alcooliques, tabagiques, théiques, leurs accès se multiplient et la mort les emporte rapidement; s'éloignent-ils de leurs demeures insalubres, abandonnent-ils leurs professions dangereuses, leurs habitudes malsaines, le mal s'atténue, les accès disparaissent comme un rêve affreux, et les angoreux recouvrent rapidement leur santé première.

5° — Angines de Poitrine de causes organiques

Ici le danger est pressant, le péril immense, la mort imminente ; à chaque nouvel accès, le médecin se demande si le malade n'expirera point et, quand vient l'accalmie, il reste anxieux, redoutant que le prochain ne sonne l'heure suprême. Et si on considère les variétés que renferme cette classe, on ne sait vraiment laquelle est la moins dangereuse. Celle qui accompagne l'*artério-sclérose* laisse bien peu d'espoir ; les lésions sont profondes, datent d'un temps reculé et nos moyens thérapeutiques demandent un trop long espace de temps pour agir avec efficacité. L'angor qui survient pendant une *aortite*, une *péricardite* ou la *dilatation du cœur*, réclame un traitement actif et extrêmement énergique. Quant à l'angine se rattachant à une *rupture du cœur*, elle est infailliblement mortelle. L'Angine de Poitrine accompagnant la *dégénérescence graisseuse du cœur* est également fort sérieuse et des malades en meurent souvent subitement. Kirsch, de Prague,(1) a fait remarquer aussi la fréquence de la mort subite chez les obèses ; il est vrai que la plupart de ces morts sont dues à des congestions pulmonaires, mais quelques-unes dépendent d'une rupture du cœur et d'autres d'une complication angoreuse.

Le pronostic de l'Angine de Poitrine accompagnant la *myocardite*

(1) Berliner. — Klinische Wochenschrift 1886.

est également grave, d'abord parce que tout sujet atteint de myocardite scléreuse est sérieusement menacé, surtout s'il a à supporter des émotions ou des fatigues ; mais lors même qu'il a une existence très calme, cette maladie procédant par poussées successives, la dyspnée augmente, le malade subit sans cause connue des attaques de congestion pulmonaire, l'asystolie s'aggrave et une pneumonie ou une pleurésie l'emporte.

En second lieu, cette complication sérieuse, l'Angor, ne fait qu'augmenter la gravité ; à chaque atteinte le myocarde dégénéré tendra à s'affaiblir, il perdra de son énergie, et un beau jour, le malade périra brusquement, enlevé en quelques heures par un dernier et victorieux assaut.

L'*Angine névritique* est aussi très grave, car la névrite cardiaque est une affection dangereuse à l'encontre de la névralgie ou de la névrose du plexus cardiaque qui, elles, tuent bien rarement. Ce ne sont point les lésions du plexus qui dans ce cas occasionnent surtout la mort, ce sont bien plutôt les lésions du cœur dont l'angor est la conséquence. « Cet organe, dit M. Péter, est bientôt mis hors d'état de résister indéfiniment aux troubles de son innervation, tandis que dans la névralgie cardiaque, si troublé nerveusement que puisse être le cœur, il résiste par la validité de sa fibre musculaire et survit à l'orage. »

Rappelons, au sujet des Angines de Poitrine organiques, ces sages conseils de M. Péter (1) : « Quand un malade présente les symptômes de l'Angine de Poitrine, il faut chercher avec la plus scrupuleuse attention, par tous les moyens possibles, la lésion de l'aorte, par l'auscultation et la percussion ; il faut tenir compte des moindres bruits insolites, des plus factices modifications de timbre, comme aussi de l'intensité plus forte de l'impulsion. Mesurez avec minutie, dit-il, le diamètre des vaisseaux, et si les bruits sont secs, à plus forte raison, s'ils sont soufflants ; si l'impulsion est considérable, à plus forte raison, s'il y a des battements cardiaques ; si le diamètre dépasse seulement de un centimètre le diamètre normal, concluez hardiment (2) qu'*il y a névrite*, puisqu'il y a aortite.

(1) Péter. — Clin. méd. p. 492.

(2) Nous avons dit en temps et lieu ce qu'il y a d'exact et d'inexact dans l'assertion trop exclusive de l'éminent clinicien.

Qu'ainsi ce n'est pas d'une simple névrose qu'il s'agit et que le cas est mortel dans un avenir plus ou moins rapproché, d'une façon qui pourrait bien être subite. »

« Je dis plus : c'est qu'au cas où vous ne trouverez aucun signe évident d'aortite, si les douleurs propres aux nerfs phréniques sont associées à celles des nerfs cardiaques, vous pouvez encore conclure qu'il y a névrite et non point névralgie de ces nerfs et que les conséquences sont celles que je viens de dire. Vous voyez d'ici la haute importance séméiotique de la douleur des phréniques en pareil cas.

Au contraire, si l'investigation de l'aorte ne vous a donné que des résultats négatifs, si surtout il n'existe pas de douleurs des phréniques, affirmez la névralgie et croyez à la guérison. »

Au résumé, quand l'Angor accompagne une lésion organique et que survient la longue suite des symptômes asystoliques (retour de l'accès à la marche, à la suite d'un effort, tuméfaction des extrémités inférieures, quelquefois de la main gauche, palpitations permanentes, ascite, sommeil agité, hanté de mauvais rêves, obligation pour le malade de se tenir sur son séant, teinte blafarde de la face, couleur violette des lèvres, épanchement dans la plèvre, le péricarde et à la base des poumons) ; quand, en un mot, la cachexie cardiopathique est complète et que les accès d'Angor deviennent subintrants, il faut perdre tout espoir sans cesser pour cela de consoler le malade, de ranimer son courage et faire rayonner à ses yeux quelque espérance de salut.

Ne terminons pas cependant ce qui dans notre travail a trait au Pronostic, sans dire que depuis les règles méthodiques proposées par M. Huchard pour le traitement des angors de causes organiques par la médication ioduréc, leur pronostic est moins sombre et les cas les plus graves peuvent souvent encore (les statistiques du médecin de Bichat sont là pour le prouver) être amendés et disparaître.

C'est surtout dans la classe d'angor qui nous occupe en ce moment qu'on observe l'état si sérieux, dénommé si heureusement par M. Huchard « *État de mal Angineux* » par comparaison à l'état de mal épileptique, période ultime de la maladie où les accès se succédant sans relâche précipitent la fin du malade ; nous n'avons fait que le mentionner précédemment, nous réservant d'insister, lorsque nous traiterions du pronostic, sur cette complication qui interdit au médecin tout espoir et dont une observation récente du Dr Pennel donne une exacte description.

OBSERVATION CXXXVIII

RÉSUMÉE

(Dr Pennel, in Journal de méd. de Paris, 8 août 1886)

Angine de Poitrine et état de mal angineux probablement d'origine alcoolique, suivi de mort chez un sujet atteint d'affection aortique.

M. S..., 43 ans, ancien placier, non rhumatisant, alcoolique et fumeur jadis, mais ayant cessé depuis quelques années, s'était jusque-là très bien porté quand, il y a six mois, il sentit des pesanteurs au creux de l'estomac, surtout après ses repas (son père était mort d'un cancer de cet organe); il s'essoufflait en montant les escaliers ; vertiges, pituites, pâleur du visage, fatigues, douleurs sourdes au cœur s'irradiant dans l'épaule gauche, au coude, au creux de l'estomac et surtout DANS LE DOS, à la sixième et septième dorsales sur la ligne médiane.

Quand cette angoisse le prend en marchant, il s'arrête craintif, puis continue sa promenade. Dans la nuit Mme S... dit que son mari se plaint et reste difficilement couché sur le côté gauche et le dos.

Traité pour une dilatation stomacale avec du lait et des douches sans aucune amélioration, S... a maigri de 20 livres et continuait à souffrir quand le 20 avril au soir, en rentrant chez lui, au 3e étage, à 7 h., il éprouve au niveau du cœur une douleur brusque, qui va s'irradiant au creux de l'estomac et jusque dans le ventre, dans l'aine gauche. Il la compare à une balle de plomb qui se détacherait tout à coup du cœur et serait venue tomber dans l'aine gauche. Malaise général, mouvements incessants dans le lit, douleurs *dans le dos.* Des cataplasmes chauds le calment un moment, mais la gêne revient et il fait demander M. Pennel qui remarque sa pâleur, son embonpoint assez considérable, un varicocèle double très douloureux survenu depuis deux jours. Douleur à l'épigastre à la pression, poumons et foie sains ; cœur non hypertrophié. La pression du doigt à la pointe détermine de la douleur. Pas de frémissement à la palpation.

A l'auscultation de la pointe, j'entends les deux bruits du cœur soufflés, mais c'est un souffle doux, non râpeux, qui ne se propage pas du côté de l'aisselle. A mesure que je m'éloigne de la pointe pour me rapprocher du foyer des bruits aortiques, ces souffles s'accentuent d'avantage ; le premier devient plus sourd, le second revêt plus nettement le caractère d'un souffle. Dans le deuxième espace intercostal droit, au niveau de l'orifice aortique, le souffle du deuxième temps a un timbre légèrement musical. En ce point, la pression du doigt est douloureuse ; mais il n'y a pas de matité ; l'aorte ne paraît pas dilatée.

Le long du sternum, j'entends les deux bruits soufflés, mais le souffle du deuxième temps n'est pas aspiratif comme dans l'insuffisance aortique ; il a encore en ce point un timbre musical.

Du côté droit, en arrière, l'auscultation fait entendre les bruits de souffle du cœur sensiblement atténués.

Le pouls est normal, à 80, ni augmenté, ni diminué de volume, égal des deux côtés : il ne présente aucun des caractères du *pouls de Corrigan.* Le malade n'a pas de polyurie nocturne, et les urines sont claires.

Cet examen du cœur me permet de diagnostiquer une angine de poitrine vraie, par ischémie du myocarde, ou, pour parler plus exactement, une sorte *d'état de mal angineux.*

Je proposai comme traitement immédiat une injection de morphine, et, sur le refus du malade, je prescrivis, pour congestionner le cerveau : 15 gouttes de laudanum dans un quart de verre d'eau ; pour le lendemain, je recommandai l'usage de l'iodure de sodium à la dose de 1 gr. par jour pendant un mois sans interruption, et en cas de nouvelle crise, l'inhalation de quelques gouttes de nitrite d'amyle.

Je quitte M. S..., à minuit... il paraît un peu moins souffrant. Le lendemain matin, 1er mai, je suis rappelé près de lui, à 6 h. 1/2 : le malade a pris ses 15 gouttes de laudanum, et après une heure ou deux de calme relatif, il a été repris de douleurs insupportables dans le dos et au niveau de la région précordiale ; il changeait de position dans le lit à tout moment et de temps à autre semblait vouloir arracher du cœur un fardeau pesant.

Le visage est très pâle ; je remarque une sorte de hoquet très douloureux, une secousse survenant toutes les 15 à 20 secondes, projetant l'abdomen en avant et qui me paraît constitué par un spasme du diaphragme. Le pouls est calme, égal, la peau est fraîche ; la langue est un peu blanche, et le malade accuse une soif assez vive.

Au cœur je constate les mêmes signes d'auscultation que la veille, les deux souffles à la base avec timbre musical du souffle diastolique. La pression au doigt est douloureuse, à la pointe et à la base.

Je passe une heure avec M. S.... il cause avec moi, oubliant presque son mal dans la conversation, mais se remuant sans cesse ; il me paraît qu'il peut rester plus aisément dans le décubitus latéral gauche ; mais impossible de demeurer un instant sur le dos.

Inquiet de ces secousses intermittentes, de ce hoquet et de la durée de la crise, je prescris un grand vésicatoire au niveau des 2e, 3e et 4e espaces intercostaux droits, et une potion avec 0 gr. 08 d'extrait thébaïque.

L'injection de morphine étant refusée, je voulais, par un moyen différent, tenter de congestionner les centres nerveux.

Je laisse mon malade à 8 h. moins un quart. Quand je rentre chez moi à 11 h. 45, j'apprends qu'on est venu me chercher en toute hâte vers dix heures du matin. Je vais aussitôt chez M. S..., il était mort depuis 1 h. 1/2 environ. Le vésicatoire a été appliqué aussitôt mon départ à 8 h. du matin, et le malade s'efforçait de ne pas remuer pour ne pas empêcher l'action de l'emplâtre ; il a pris deux à trois cuillerées à café de la potion contenant 0,08 centigr. d'extrait thébaïque. Vers 9 h. 1/2 ou 10 heures moins le quart, il a poussé un cri aigu, s'est rejeté dans son lit contre le mur : la figure serait devenue bleue, presque noire, puis, un instant après, est redevenue pâle et cireuse. Le malade était mort. Sa femme, foudroyée, ne pouvait croire que son mari fût mort. En résumé, la crise, commencée la veille à 7 heures du soir, avait duré 15 heures.

Mon malade a eu une Angine de Poitrine *vraie,* parce qu'il avait une aortite, celle-ci caractérisée par les souffles systolique et diastolique de la base, propagés jusqu'à la pointe, par la pâleur des téguments, le battement des artères du cou, les troubles gastriques qui ont fait croire à une affection primitive de l'estomac.

Les douleurs si intenses que le malade éprouvait au creux épigastrique et dans le dos indiquaient que du côté de l'aorte il s'effectuait une inflammation assez vive, et je n'hésite pas à rattacher à l'abus des boissons alcooliques dans

la jeunesse cette artérite localisée à l'aorte, puisque je ne trouve dans l'histoire pathologique du malade aucune des causes ordinaires des affections cardio-aortiques.

M. S... n'a pas succombé brusquement dans une syncope, en quelques instants, ainsi que meurent bon nombre de sujets exposés au syndrôme angine de poitrine. Nous avons eu ici, et ce n'est pas un des moindres intérêts de l'observation, une sorte d'*état de mal angineux* », (nous chercherions en vain une expression qui répondrait mieux aux phénomènes observés chez M. S...), état caractérisé par une douleur persistante avec paroxysmes, une gêne, un malaise indéfinissable, une pâleur plus accusée du visage ; dans les heures qui précédèrent la mort, la contracture intermittente du diaphragme ne peut être comprise que comme un phénomène d'ordre réflexe ; quant à la mort elle-même, il semble qu'elle ne puisse être autrement expliquée que par une insuffisance de l'irrigation du myocarde. Après une crise de quinze heures, un tel dénouement était chose à redouter.

Au résumé, reconnaissons que lorsqu'il s'agit d'une Angine de Poitrine grave, d'origine organique, il est peu de maladies où le rôle du médecin soit aussi difficile à remplir et demande plus de tact et de délicatesse en présence de ce malade et de ces parents émus qui, pressentant un immense danger planant dans l'air, l'interrogent anxieux et ne le quittent point du regard.

Dans d'autres maladies, le péril est plus lointain, l'orage retentit avec moins de fracas, le praticien en ressent beaucoup moins au dedans de lui-même les grondements multipliés ; il s'appartient mieux. Il a en effet quelques jours pour combattre, quelques heures tout au moins pour préparer la famille. Ici, point de répit, point de préparation possible : en face du malade, de ses appréhensions, de son épouvante, il doit conserver un air souriant ; cette angoisse qu'il partage, il ne doit point la laisser révéler par les plis de son front ; elle est dans son cœur, elle ne doit pas monter plus haut et ce sont des paroles d'espérance et de consolation qui, seules, doivent s'échapper de ses lèvres !

Tout autre doit être son rôle une fois sorti de la chambre du malade ; il a à informer le membre le plus courageux de la famille, celui qu'il pressent le plus discret, du danger qui menace cette existence souvent aussi chère qu'utile ; il doit faire tout redouter en laissant cependant entrevoir quelque espérance afin de ne pas paralyser les courages et de trouver dans l'assistance des aides intelligents, actifs, et comprenant l'importance de leur concours. Quel rôle difficile et délicat nous avons souvent à remplir, et qu'elles sont vraies

les paroles de notre ami le Dr Coriveaud (1) : « C'est ainsi qu'éclairé par la science dès longtemps acquise et que le temps qui passe accroît de jour en jour, soutenu par le sentiment de la grandeur de sa mission, le vrai médecin, loin de se décourager d'une incurabilité, remplit son devoir. A défaut de la satisfaction d'un triomphe définitif, il lui reste le consolant témoignage du devoir accompli ! »

---

(1) Dr Coriveaud. — Le médecin en face des maladies incurables. — Bordeaux, Gounouilhou, 1885.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Pendant plus d'un siècle et jusqu'à ces derniers temps la maladie qui nous occupe était considérée comme devant déterminer infailliblement la mort. Aussi son nom semblait-il le synonyme de l'incurabilité. Le malade le croyait lui-même en se sentant atteint brusquement et profondément dans un organe essentiel, le cœur, c'est-à-dire dans ses œuvres vives, comme dirait un marin, et le médecin, en présence des faibles moyens thérapeutiques dont il disposait pour soutenir la lutte, se décourageait au souvenir du glas funèbre accompagnant l'Angor. Or le soldat qui éprouve à l'avance le pressentiment d'une défaite prochaine n'est-il pas déjà plus qu'à moitié battu ?

Cette conscience d'un danger terrible et fatal avait amené les esprits à de telles défaillances que d'une part on énumérait à peine au chapitre « traitement » quelques remèdes banals contre l'Angor, comme les calmants et les antispasmodiques, que de l'autre on appelait aveugles ceux qui, sans se laisser aller à la dérive et combattant pour l'honneur plutôt que pour le succès, avaient réussi à sauver leurs malades. Ils les avaient guéris, *donc ils s'étaient trompés* ; ils n'avaient point eu affaire à des Angines de Poitrine, mais à des pneumo-gastralgies, à des asthmes spasmodiques, à des névralgies intercostales, ou à quelque algie du nerf phrénique ! Cependant quand plus tard on parvint à démêler ce vaste canevas, ce syndrôme considérable qu'on appelle l'Angine de Poitrine, quand on étudia mieux ses causes, quand on cessa de l'envisager comme

une entité morbide, quand des observateurs sagaces eurent la hardiesse sur tous les points du monde, de l'ancien comme du nouveau, de dire « j'ai soigné, j'ai guéri, » on finit par en revenir de cet ostracisme implacable contre une maladie grave souvent sans doute, mais pas toujours inexorable, et on cessa de trembler devant l'Angor et de compter les insuccès par le nombre des cas.

Avouons-le du reste, l'histoire de la médecine offre de temps en temps ce singulier spectacle de jugements téméraires qu'on considère souvent comme définitifs sans laisser aux chercheurs le moindre espoir pour en appeler d'une sentence trop hâtive. N'a-t-on pas dit de l'Épilepsie pendant plus de quatre mille ans ce qu'on a dit de la maladie de Rougnon ? La plupart de ceux qui s'en sont occupés n'inscrivaient-ils pas mentalement au-dessous de ce nom redoutable le qualificatif *incurable*. Pour ce mal comme pour l'Enfer du Dante, ne disait-on pas à ceux qui en étaient atteints ces tristes paroles « plus d'espérance ! » Et voici qu'après de longs siècles de recherches inutiles on emploie contre la grande névrose les divins bromures, on soulage, on éloigne un génie malfaisant, on guérit ! Mais là encore, comme pour l'Angor, des esprits chagrins s'écrient en branlant la tête : guérir l'Épilepsie, quelle aberration ! quelle outrecuidance ! quelle erreur profonde ! Ce que vous avez guéri, ce n'était point le mal comitial, l'Épilepsie vraie ; ce sont des accès épileptiformes, des semblants, des diminutifs de crises, des apparences convulsives. L'Épilepsie vraie, celle qui s'accompagne de malformation crânienne, ne perd jamais ses droits, jamais!..... Et cependant voici des malades qui les ont, ces déformations ; en voici d'autres chez qui le mal a été la conséquence évidente d'un épanchement cérébral ; l'hémiplégie a précédé le premier paroxysme, et les uns et les autres ont cessé d'être hantés par leurs accès. N'importe, les sages d'entre les sages s'en vont haussant les épaules devant un espoir moins décevant pour l'humanité que pour la sûreté de leur pronostic. C'est à peine s'ils daignent répondre hautement : «Vous, vous croyez à la guérison, mais ce n'est qu'une suspension pendant deux, six ou dix ans, attendez et vous verrez ! » A cela qu'objecter si ce n'est que six ou dix ans sont souvent le tiers de la vie de l'homme et que, si le calme absolu s'est fait pendant autant de temps, il existe les chances les plus favorables du monde pour la guérison ou, si l'on veut un mot moins absolu, pour que *les accès s'éloignent pour toujours*. Et qu'importe en définitive

le mot au malade s'il se sent renaître à la vie, au bonheur, à la paix ?

Ce que nous venons de dire est l'image fidèle de l'opinion qu'on avait en ces derniers temps sur l'Angine de Poitrine. A ceux qui l'ont traitée avec succès, on répondait: vous vous êtes trompés, vous n'aviez à soigner que de fausses Angines; à ceux qui ont objecté que dans l'espèce on avait ressenti tous les signes les plus graves et les plus manifestes de lésions cardiaques, on ripostait par ces mots : depuis combien de temps jouissez-vous d'une paix absolue ? si votre calme ne date pas de dix ans au moins, nous n'y croyons pas ! Que dire à ces tristes paroles si ce n'est de prier ces incrédules de se mettre un instant à la place des pauvres patients et de leur demander si trois, six ou dix ans de tranquillité absolue au sortir d'un aussi foudroyant orage ne leur sembleraient pas le plus grand bonheur de la vie !

Oui, l'Angor est curable, et les observations de guérisons citées déjà et que nous verrons s'augmenter plus loin sont trop consolantes pour qu'on ne le répète pas bien haut. Nous devons l'assurer de suite afin de relever le courage du médecin, afin aussi que dans ses gestes, son air, sa voix, son attitude, son sourire, le malade qui se croit, lui, condamné à mourir à l'instant, ne puisse jamais deviner, je dis plus, soupçonner une nuance d'abattement, d'indécision, de crainte ! Songeons qu'une angoisse terrible l'envahit, qu'il attend tout de son médecin ; qu'il l'épie, qu'il le pressent avec cette intuition profonde du condamné cherchant à lire son arrêt sur les visages qui l'entourent ! Rappelons à cet égard ces belles paroles du Dr Huchard : « On ne saurait pour cette maladie, comme pour beaucoup d'autres, assez condamner une sorte de nihilisme thérapeutique trop en honneur, grâce auquel le médecin, s'abandonnant au plus grand découragement et au scepticisme, ne tente rien et se laisse aller à une inaction presque absolue. Nous sommes d'avis, au contraire, que dans cette affection redoutable, le thérapeute peut écarter les dangers sans cesse renaissants d'une mort subite ou rapide pendant les accès et aussi empêcher définitivement leur retour ! »

Il faut non seulement agir dans l'Angine de Poitrine mais il faut agir vite, car, sans être tout à fait l'arbitre de la vie et de la mort comme dans certaines maladies à évolution rapide, le médecin, peut avec les ressources nouvelles de la thérapeutique, soulager presque

immédiatement son malade et diminuer tout au moins la violence et la durée de ses paroxysmes.

Passons en revue ces ressources. Elles sont de deux sortes : 1° celles qu'on oppose à l'attaque au moment même où elle se produit ; 2° celles auxquelles on a recours pour en prévenir le retour.

1° Traitement de l'Accès en général

La première pensée du médecin et le suprême désir du malade c'est de voir diminuer, apaiser, éteindre la souffrance horrible qui l'enserre. Voyez-le plutôt cherchant d'instinct, dès la première atteinte du mal, la position qu'il doit prendre afin de moins souffrir ; bientôt il la découvrira, quoiqu'elle ne soit pas la même pour tous. C'est ainsi que les uns mettent les deux mains sur la région précordiale et cherchent en la comprimant fortement, ou en s'appuyant contre un corps dur (le coin d'une table, la colonne d'un lit, le rebord d'une cheminée), à suspendre le spasme. La plupart restent immobiles, retenant leur respiration, serrant fortement de leurs mains un objet auquel il se cramponnent comme les asthmatiques ; d'autres se penchent à droite, à gauche ou en avant, le corps plié en deux. Ceux-ci ne pouvant s'étendre sans que la douleur se réveille aiguë et brûlante restent sur leur séant; ceux-là au contraire l'apaisent en appuyant leur dos contre un objet résistant ; chacun des patients s'ingénie, en un mot, à diminuer son angoisse et bien peu cependant y réussissent, mais cet espoir les soutient, il est donc utile et humain de les laisser agir à leur gré et comme d'instinct.

J'ajouterai cependant un conseil utile. Nous avons vu dans le cours de cet ouvrage que parfois l'aura angineuse partait des doigts, de la main, précédait la douleur sternale au lieu de la suivre. Eh bien, dans ces cas, ne pourrait-on pas conseiller au malade de porter constamment au-dessus de ce point initial un bracelet, une simple courroie munie d'une boucle à ardillon? aussitôt qu'il percevrait la menace d'un accès, il aurait quelque chance en serrant fortement sa courroie de le faire avorter et de l'arrêter sur place, dans un certain nombre de cas du moins ; ce moyen réussit bien à limiter les auras épileptiques et à les confiner dans un membre; pourquoi n'aurait-il pas le même pouvoir dans cette autre névrose quand le processus est lointain et l'irradiation centripète ?

Passons maintenant en revue les médicaments à opposer à l'attaque soudaine, à cette véritable tempête, à ce cyclone cardiaque qui menace doublement la vie par l'excès de la douleur et par l'intervention possible d'une syncope mortelle.

A. — **Émissions Sanguines générales.** — Elles sont dangereuses dans la plupart des cas; nous verrons plus tard dans quelle espèce d'angine elles peuvent être utiles, mais ce n'est que l'exception. Une saignée peut favoriser la syncope et frayer à la mort un passage en maintenant le cœur trop longtemps en diastole. Quant aux émissions sanguines locales, comme les sangsues, elles demandent un temps trop long pour être appliquées, et pendant cet intervalle l'accès peut tuer le malade ou s'éteindre de lui-même; ce moyen est donc à rejeter; je n'en dirai pas autant des ventouses scarifiées sur la région précordiale ou plutôt au-dessous; elles exercent une révulsion rapide, énergique et fort utile par la vive douleur extérieure qu'elles produisent dans une région déjà hyperesthésiée; puis on a toujours sous la main les objets nécessaires pour leur application: une allumette, du papier, des verres de table; leur apposition est facile sur cette région, et presque toujours une détente favorable suit la minute d'anxiété ressentie par le malade au moment où l'acier creuse dans sa chair un sillon sanglant.

Je crois donc les ventouses scarifiées recommandables toutes les fois que l'état général d'un sujet est assez bon pour le permettre, surtout quand on n'a pas sous la main les médicaments actifs susceptibles d'annihiler la douleur. Ces médicaments nouveaux sont le nitrite d'amyle, la nitro-glycérine et le nitrite de sodium.

A. — **Nitrite d'Amyle.** — Ce médicament est si précieux dans le traitement de l'Angor que son emploi est une véritable conquête thérapeutique; il a été admirablement décrit dans son action et ses heureux effets par M. H. Huchard (1), aussi nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici l'étude magistrale qu'il en a faite.

« Le *nitrite d'amyle*, découvert en 1844 par le chimiste français Balard, fut expérimenté pour la première fois en 1859 par Guthrie, qui éprouva sous l'influence de l'inhalation de ses vapeurs une vive coloration du visage avec augmentation des battements cardiaques. L'action physiologique et thérapeutique du médicament fut ensuite étudiée à l'étranger, par Richardson, Gamgee, Lauder-Brunton, Wood Horatio (de Philadelphie), Goodhart, Anstie, Amez-

(1) *Revue de Médecine.*—Huchard, loc. cit. p. 676.

Droz, Guttmann, Steketec, Van Ermangen (de Louvain), etc., en France par Constantin Paul, Veyrières, Marsat, Dugau, Ozil, Bourneville, François-Franck et par nous.

« Les effets physiologiques produits par le nitrite d'amyle et que nous allons passer en revue, peuvent être ainsi résumés : dilatation des vaisseaux, diminution souvent considérable de la pression sanguine, augmentation de force et de fréquence des contractions cardiaques.

« La *dilatation vasculaire*, qui est le phénomène principal existe seulement pour les vaisseaux de la tête, du cou et de la poitrine, avec cette particularité qu'elle va en décroissant de la tête aux extrémités où elle est nulle. Elle ne se borne pas seulement aux vaisseaux cutanés, mais elle atteint aussi ceux des organes. Ainsi, dans plusieurs expériences relatives à l'influence que certains médicaments exercent sur la circulation de l'encéphale, Schüller a vu, à l'aide d'une ouverture pratiquée à travers la boite crânienne, une dilatation considérable des vaisseaux de la pie-mère produite chez le lapin par les inhalations du nitrite d'amyle. L'opium détermine au début une dilatation suivie peu à peu d'une contraction vasculaire, et l'ergot de seigle donne lieu au contraire à une contraction intense et durable des mêmes vaisseaux. Schramm est arrivé aux mêmes conclusions en ce qui concerne le nitrite d'amyle ; il a vu sous son influence les vaisseaux de la pie-mère prendre un diamètre double et même triple du diamètre normal.

« Seuls, les vaisseaux du poumon et de la rétine résistent à cette dilatation vasculaire, comme Filehne l'a remarqué par une ouverture pratiquée au thorax d'un animal, fait qu'il explique par une action spéciale du médicament sur les centres nerveux. Pick au contraire interprète cette particularité de la façon suivante : D'après lui, le nitrite amylique passe rapidement par inhalation dans les vaisseaux capillaires du poumon sans les impressionner, puis il arrive au cœur par les veines pulmonaires et de là dans les artères de la grande circulation, pour revenir dans les artères du poumon, où il est alors dilué et presque consommé. D'un autre côté, si les vaisseaux de l'œil n'éprouvent aucune dilatation, c'est en vertu de la disposition physiologique de l'organe, d'après laquelle, pour Ludwig, le liquide sanguin reste soumis à une tension toujours invariable (Nothnagel et Rossbach),

« Cette dilatation des petits vaisseaux n'est pas due à une action du médicament sur les centres nerveux et sur le bulbe, comme le pense Filehne (d'Erlangen) ; la preuve, c'est que, suivant l'expérience importante de Lauder Brunton, cette dilatation persiste après une section transversale de la moelle cervicale au-dessous de l'atlas (Wood Horatio, Stoketec, Pick). Elle n'est pas due à une action réflexe ; la preuve encore, c'est que, d'après Mayer et Friedrich, après la section des nerfs vagues et dépresseurs, qui sont les agents principaux de la dilatation vasculaire réflexe, le phénomène se produit encore après l'injection directe du nitrite d'amyle dans le torrent circulatoire, et aussi après la compression complète et continue de toutes les artères encéphaliques, qui empêche le fonctionnement du cerveau.

« Il résulte de tous ces faits négatifs, que le nitrite d'amyle agit localement sur les vaisssaux et qu'il est un poison direct du muscle, comme le démontre l'expérience suivante de Pick : un muscle de grenouille curarisée se contracte parfaitement par les courants électriques, mais il ne se contracte plus si l'on place

pendant dix minutes le même muscle sous une cloche remplie de vapeurs amyliques. Cette action sur les vaisseaux, qui peut s'exercer par l'intermédiaire d'une excitation directe des filets nerveux dilatateurs (Amez Droz), ou encore par une influence paralysante sur les filets constricteurs ou plutôt sur les éléments vasculaires contractiles (Steketec, Pick, etc.), dépend très probablement de l'altération du sang démontrée par un assez grand nombre d'auteurs. En effet, Richardson et Wood ont vu les premiers que le nitrite d'amyle entrave le travail d'oxydation. Ainsi le phosphore sur lequel on a versé quelques gouttes de cette substance ne développe plus à l'air de vapeurs blanches; le sang veineux perd la faculté de devenir rouge au contact de l'oxygène de l'air, et à l'autopsie des animaux soumis aux inhalations amyliques, on trouve le cœur et les artères chargés d'un sang noir et foncé. Cette action spéciale des nitrites sur le sang a été ensuite démontrée par Gamgee, Hœstermann, Jolyet et Regnard, P. Giacosa.

« Telle est, en résumé, l'action physiologique du nitrite d'amyle sur les vaisseaux, action qui s'exerce encore sur le cœur pour augmenter la force de ses contractions. Il était intéressant de bien l'étudier et de la bien connaître, pour mieux fixer ses effets thérapeutiques et comprendre l'efficacité vraiment remarquable de cet agent contre les accès angineux.

« Lauder-Brunton propose l'explication suivante : Pendant les attaques de sténocardie, cet auteur a pu prendre quelques tracés sphygmographiques qui ont toujours indiqué une augmentation considérable de la tension artérielle, laquelle diminuerait ou disparaîtrait avec la diminution ou la disparition de la douleur ; cette élévation de la tension artérielle serait elle-même, comme le paroxysme douloureux, le résultat d'un état spasmodique des artères périphériques. Donc, le remède indiqué par ces vues théoriques, devait être le nitrite d'amyle, qui a pour propriétés de dilater les vaisseaux et d'abaisser considérablement la pression vasculaire.

« Cette idée n'est certes pas nouvelle ; elle a été indiquée par Traube, qui établissait un rapport de cause à effet entre les troubles vaso-moteurs et les symptômes angineux, entre la contraction des vaisseaux artériels et l'élévation de la tension sanguine, entre celle-ci et l'augmentation des battements cardiaques, la sensation de douleur et d'anxiété précordiale. La même opinion a été reprise encore par Landois et Nothnagel lorsqu'ils ont décrit une forme vaso-motrice de l'angine de poitrine.

« Mais cette théorie séduisante est passible d'objections sérieuses :

« Si, comme nous l'avons dit, et comme nous en avons même cité un exemple, il existe des cas où les troubles vaso-moteurs ont précédé et paru produire le paroxysme angineux, il s'agit d'une forme particulière appartenant bien plutôt à la catégorie des pseudo-angines. C'est là du reste une opinion très judicieusement exprimée par Gairdner : « Ce que nous apprennent les cas de Nothnagel, dit-il, ce n'est pas que l'Angine de Poitrine typique, le plus souvent fatale, doive être regardée comme toujours due à un spasme vaso-moteur, mais plutôt que, dans certaines conditions particulières de l'organisme, un arrêt soudain de la circulation dans les extrémités, déterminé par un spasme vaso-moteur, peut devenir la cause d'une augmentation d'action du cœur, de palpitations et d'une pseudo-angine. » C'est donc non seulement une exagération, mais une erreur de croire que *toutes* les angines de poitrine reconnaissent pour cause un spasme des

vaisseaux périphériques ; celui-ci est bien plus souvent consécutif à l'accès, il résulte du retentissement des grandes douleurs sur le nerf grand sympathique.

« Il n'est donc pas admissible que l'élévation de la tension artérielle existe dans tous les cas d'angine de poitrine. Le fait rapporté par Lauder-Brunton n'est pas absolument concluant à cet égard, et quand même d'autres exemples viendraient à être produits, quand il serait démontré que la contraction des artérioles périphériques et l'élévation de la tension vasculaire sont des phénomènes constants, il resterait encore à prouver, comme G. Johnston le fait remarquer justement, qu'ils sont toujours la cause des accidents angineux. Que de fois, en effet, n'observe-t-on pas cette augmentation de la pression sanguine en l'absence de toute douleur rappelant même de loin l'angor pectoris !

« Une seconde explication pour interpréter le *modus operandi* du nitrite d'amyle a été donnée par Johnson, qui cite même à l'appui deux cas de sa pratique où le médicament a été « remarquablement avantageux ». S'appuyant sur ce fait démontré physiologiquement, à savoir que l'irritation électrique du bout central d'un nerf mixte ou sensitif, le sciatique ou le trijumeau par exemple, détermine par influence réflexe à travers le centre vaso-moteur, une contraction générale des artérioles, d'où résulte une haute tension vasculaire, Johnson en conclut que ces deux phénomènes, loin d'être primitifs, sont secondaires et consécutifs à l'excitation douloureuse partie des nerfs cardiaques. D'après lui, le soulagement apporté souvent d'une façon si remarquable aux accès angineux par le nitrite d'amyle tient à son pouvoir anti-névralgique et non pas directement à son influence vaso-dilatatrice. Sans doute, on peut avec cet auteur, citer l'exemple si remarquable du docteur Herries Madden, de Torquay, qui fut complétement délivré de ses accès d'angine de poitrine par le nitrite d'amyle, malgré la contre-indication apparente à son emploi, l'état congestif de la face pendant le paroxysme douloureux ; sans doute encore, on peut rappeler quelques observations de Talford Jones, de Forrest, de Manzi, de Douglas Lithgow, où les douleurs névralgiques ont cédé aux inhalations amyliques ; on peut encore citer le fait de Johnston relatif à une dame atteinte depuis quinze jours de névralgie faciale très sévère qui avait résisté à tous les traitements et qui guérit très rapidement par les vapeurs d'amyle. Mais toutes ces observations sont bien peu nombreuses ; et dans tous les cas, a-t-on jamais prouvé l'action *directe* de ce médicament sur les nerfs sensitifs, sur la sensibilité? a-t-on jamais démontré en un mot son pouvoir anti-névralgique ? Celui-ci peut bien exister, mais *d'une façon indirecte*, par l'intermédiaire du système circulatoire, et c'est ainsi qu'il montre son efficacité dans les accès de migraine caractérisés par un spasme artériel plus ou moins prononcé (hémicrânie angio-tonique).

« D'après nous, le nitrite d'amyle agit de la façon suivante : Il active la circulation intrà-myocardiaque dans les cas où elle est sérieusement entravée par le spasme ou l'oblitération des artères coronaires ; de plus, il agit sur les artères périphériques dont il détermine la dilatation ; en diminuant les résistances périphériques, il favorise, augmente l'énergie et le travail de l'organe central de la circulation. Nous ne partageons donc pas l'opinion de Filehne (d'Erlangen), qui admet que l'action du nitrite amylique sur le cœur se produit par suite d'une sorte de paralysie du nerf vague.

Citons maintenant quelques observations relatives au mode d'emploi du nitrite d'amyle contre l'*Angor Pectoris* où cet agent héroïque a donné des résultats véritablement merveilleux.

OBSERVATION CXXXIX

(Résumée in Huchard. — Mémoire cité p. 98).

Lauder Brunton soignait un angoreux dont les accès étaient presque toujours nocturnes, entre deux et quatre heures du matin et durant une heure environ. Pendant les intervalles, la digitale, l'aconit et la lobélia inflata étaient administrés sans succès ; pendant l'accès, l'alcool et les stimulants produisaient peu d'effet ; le chloroforme calmait momentanément la douleur. Une saignée de trois ou quatre onces ou l'application de ventouses scarifiées amenaient de l'adoucissement.

Pensant que le soulagement produit par la saignée devait être attribué à la diminution consécutive de la tension artérielle, Lauder Brunton eut l'idée d'employer le nitrite d'amyle qui a pour action d'abaisser la pression vasculaire. On fit donc respirer au malade cinq à dix gouttes de cette substance, et immédiatement avec la production de la rougeur de la face, on remarquait la disparition de la douleur. « Généralement l'accès de la nuit suivante était supprimé ; parfois un léger accès se produisait cinq minutes après la disparition du premier, mais il cédait toujours à l'inhalation de quelques gouttes de cette substance et ne reparaissait plus. Dans tous les cas où je l'ai employé plus tard, la maladie a été complétement guérie après l'absorption d'une once de nitrite d'amyle. Dans les anévrysmes où la douleur était continuelle, elle ne cédait pas au nitrite d'amyle ; il est à remarquer que dans tous les faits où le nitrite d'amyle était impuissant, la saignée n'a pas eu plus d'effets. »

OBSERVATION CXL

(Résumée in Huchard. — Mémoire cité p. 99)

Homme de trente-cinq ans, laboureur, ni syphilitique, ni rhumatisant, atteint d'affection aortique (rétrécissement et insuffisance) ; a eu il y a sept mois une attaque d'angine de poitrine qui dura quelques minutes. Les mêmes accès revinrent presque toutes les nuits jusqu'à il y a six semaines ; ils étaient arrivés à une durée de deux heures et même de cinq heures. La douleur est précédée d'une autre, qui a presque toujours son siège à la saignée du bras gauche. Les accès surviennent surtout la nuit après une journée de fatigue, et parfois dans la journée après la marche. A la première attaque, on lui fait respirer du nitrite d'amyle, qui produit d'abord un certain degré d'oppression, un état vultueux du visage. Mais dès que l'inhalation est terminée, le malade déclare qu'il ne souffre plus et qu'il n'éprouve plus qu'un léger engourdissement du bras gauche. Le pouls, plein et lent pendant l'inhalation, devenait rapide une fois que celle-ci était terminée.

Une nouvelle attaque, s'étant produite quelque temps après, fut jugulée par l'emploi du même moyen ; plus tard cependant, on fit des injections de morphine et des inhalations de chloroforme, qui furent également suivies assez promptement de la sédation des phénomènes douloureux (Wilks, *Lancet*, 16 janvier 1869, page 85.)

Le Dr Madden s'est guéri lui-même d'une Angine de Poitrine par les inhalations du nitrite d'amyle. Voici son observation abrégée :

OBSERVATION CXLI

(Résumée in The Practitionner, 1872. — P. 331)

Le Dr Madden avait vu son père mourir d'angine de poitrine par ossification des artères coronaires. A cinquante-sept ans, on découvrait chez lui l'existence d'une affection cardiaque (insuffisance mitrale ?). Le 8 juillet, après avoir eu quelque temps auparavant une bronchite accompagnée d'une grande prostration, le malade est atteint de sa première atteinte franche et subite d'angine de poitrine, avec irradiation au menton, à la poitrine et au bras gauche. En dix jours, les attaques deviennent si fréquentes et si graves, qu'elles contraignent le Dr Madden à renoncer à ses occupations professionnelles. Malgré ce repos obligé, les crises continuent à augmenter de violence, durant quinze à vingt minutes et se répétant souvent à des intervalles d'environ trois quarts d'heure.

On essaya divers remèdes sans bénéfice; les injections hypodermiques de morphine se montraient utiles; mais on ne pouvait, à cause des phénomènes redoutables de narcose, en user librement. C'est alors que notre confrère se décida à essayer le nitrite d'amyle, auquel il n'avait pas encore eu recours, parce qu'il le croyait réservé au cas où le visage était pâle, et qu'il n'avait pas voulu encore l'employer parce qu'au contraire son visage devenait rouge et congestionné pendant les accès.

« J'ai payé cher, dit le Dr Madden, cette induction prématurée, car un premier essai d'une inhalation de cinq gouttes de nitrite d'amyle pendant une attaque nocturne des plus sévères produisit un effet des plus merveilleux. Le spasme fut en quelque sorte jugulé dès sa naissance ; il ne dura certainement pas deux minutes au lieu de vingt minutes. »

En continuant l'usage de ce médicament, les attaques perdirent de leur gravité et de leur fréquence, les forces revinrent peu à peu et les attaques cessèrent finalement. En octobre 1872, le Dr Madden n'avait pas eu d'accès depuis cinq semaines, et il a pu reprendre ses occupations ordinaires. A l'époque où se termine l'observation (août 1872), les accidents n'ont plus reparu, et le malade n'a pas eu besoin de recourir de nouveau aux inhalations amyliques.

Les effets de ces inhalations sont ainsi décrits par le Dr Madden : « Le premier effet était souvent une irritation bronchique provoquant de la toux, puis de la stimulation de la circulation, une sensation de plénitude dans les tempes et de brûlure dans les oreilles. A ce moment survenaient une sorte de commotion thoracique, de révolte tumultueuse du cœur et une certaine rapidité dans les mouvements respiratoires. La douleur s'évanouissait d'abord dans le thorax, puis dans la partie supérieure du bras gauche, et en dernier lieu dans le poignet. A aucun moment, l'idéation n'était troublée, non plus que la vision ; il ne restait qu'une céphalalgie légère et transitoire. »

OBSERVATION CXLII

(Résumée in Huchard. — Mémoire cité p. 100)

En janvier 1872, on admettait à l'hôpital de Berne un malade atteint depuis longtemps de sténose des valvules de l'aorte. Cet homme éprouvait des accès

d'angine de poitrine qui, survenant principalement après les repas du soir, lui enlevaient une partie du repos la nuit. On résolut alors de lui faire des inhalations de nitrite d'amyle.

« Dès que les palpitations et le sentiment d'angoisse bien connus du malade lui annonçaient l'approche des souffrances, j'étais appelé. Quatre ou cinq gouttes de nitrite d'amyle versées dans un verre lui étaient présentées et tenues sous le nez après qu'il lui avait été recommandé de ne pas respirer par la bouche. Immédiatement, le malade ressentait un grand soulagement avec un sentiment de bien-être indéfinissable. L'expression d'angoisse que portait son visage se dissipait, les palpitations diminuaient rapidement, le sentiment de vertige disparaissait, le pouls se ralentissait considérablement, et, après quelques minutes, le malade, qui pendant l'accès ne savait quelle position garder, pouvait se coucher et passait des nuits excellentes. Chaque soir, reparaissaient les mêmes phénomènes, mais chaque fois aussi l'inhalation de vapeurs de nitrite d'amyle mettait un terme aux souffrances de ce malheureux. » Plus tard, on fut obligé, il est vrai, de redonner une nouvelle dose, le malade étant devenu moins sensible à l'action du médicament. Toujours est-il que celui-ci eut pour effet non seulement de guérir, mais d'éloigner les accès, et, lorsque le malade quitta l'hôpital, il était dans un état réel d'amélioration (Amez Droz. *Etude sur le nitrite d'amyle. Arch. de physiologie*, 1873, page 467-504).

OBSERVATION CXLIII

(Résumée in Huchard. — p. 101)

Malade vigoureux, âgé de quarante-deux ans. Atteint d'une affection du cœur (double lésion aortique) depuis dix-neuf ans ; il était sujet à des accès d'angor pectoris depuis six ans. Ces accès avaient lieu journellement et se reproduisaient même deux ou trois fois par jour. Ils étaient caractérisés par une dyspnée intense, des palpitations, de la sueur, une douleur affreuse dans la région cardiaque, irradiant dans le bras gauche ; d'une durée de 20 à 30 minutes ; ils étaient suivis d'une sensation de faiblesse dans le membre supérieur gauche. De nombreux remèdes stimulants et sédatifs ayant été employés sans succès, on eut recours aux inhalations de nitrite d'amyle à la dose de cinq à six gouttes. Cette inhalation était toujours suivie d'un soulagement immédiat, et ce médicament calmait non seulement les accès, mais il diminuait leur fréquence, de sorte qu'après une inhalation le malade en était débarrassé pour quelques jours. Le malade quitta ensuite l'hôpital dans un état d'amélioration considérable. (Marchisson et Daukin, *Brit. med. Journ.*, 25 avril 1874, p. 456).

OBSERVATION CXLIV

(Résumée in Huchard. — P. 101)

Femme âgée de cinquante-neuf ans, sujette depuis longtemps à des accès d'angine de poitrine. Le 8 avril 1875, l'accès avait commencé depuis une dizaine de minutes, la physionomie exprimait une vive angoisse, les yeux étaient hagards, la face pâle, les pupilles avaient 5 à 6 millimètres ; le pouls était à 120. On fait respirer une douzaine de gouttes de nitrite d'amyle à la malade ; au bout d'une minute, elle se sent mieux, la face rougit et les lèvres deviennent violacées après deux minutes. A ce moment, la malade, qui auparavant ne pouvait

parler que difficilement et d'une façon entrecoupée, cause sans peine, dit ne plus étouffer. On cesse l'inhalation , et bientôt la malade est tout à fait remise. Le pouls est à 144. Les pupilles sont restées les mêmes. (Obs. de M. Bourneville, in thèse de Marsat, des *Usages thérapeutiques du Nitrite d'amyle*, Paris, 1875).

Voici, d'après M. Huchard, la dose et le mode d'administration de ce médicament :

« Contre l'angine de poitrine, les inhalations amyliques s'emploient à la dose de 3 à 6 gouttes que l'on fait respirer au malade dès le début de l'accès ; en même temps que la face rougit et que les symptômes d'excitation cardio-vasculaire se montrent, la douleur et l'angoisse disparaissent, et le malade ressent presque toujours un bien-être extraordinaire. D'autres fois, cette jugulation des attaques est moins complète, et le médicament se borne à diminuer leur intensité et leur durée ; mais cette action bienfaisante s'exerce sur les accès à venir, d'où une diminution réelle dans leur fréquence. Dans les formes syncopales, cet agent rend également de grands services, et c'est ainsi que dans l'angor pectoris il peut conjurer un double péril, celui de l'excès de la douleur et celui de la syncope (1).

« La première fois qu'on se sert de ce médicament, il faut toujours employer de petites doses, il faut commencer par trois gouttes, que l'on pourra porter par la suite à cinq ou six gouttes ; mais, comme l'accoutumance se fait asez rapidement, il sera nécessaire d'élever progressivement les doses jusqu'à 10, 12, 15 et même 20 gouttes. Comme d'un autre côté l'action du médicament est rapide et fugace, il est indiqué parfois dans les accès de longue durée, de répéter deux ou trois fois ces inhalations.

« Les angineux doivent toujours porter sur eux une certaine quantité de nitrite d'amyle dans un flacon hermétiquement bouché et renfermé lui-même dans un étui en bois, afin d'empêcher l'émanation de ses vapeurs ; le nitrite d'amyle étant très altérable, il est nécessaire *qu'il soit récemment préparé*, pour qu'il exerce toute son efficacité. On ne saurait trop insister sur cette précaution ; beaucoup d'insuccès par cet agent, ne sont dus qu'à l'ancienneté de sa préparation. J'ai en ce moment, depuis huit mois, une certaine quantité de nitrite amylique qui, bien que contenu dans un flacon bouché à l'émeri, a perdu toute son action, et ne produit aucun effet à la dose de 40 à 50 gouttes. »

Il est indispensable en outre d'avoir du nitrite d'amyle absolument pur, c'est une condition essentielle du succès, et elle n'est pas toujours remplie, car on trouve souvent chez les droguistes des nitrites d'amyle qui contiennent jusqu'à un dixième de leur poids d'acide cyanhydrique. C'est à cette dernière substance qu'on peut attribuer quelques accidents sérieux mais non mortels (la dose étant trop minime) qui arrivent à certains malades et les découragent ainsi que le médecin.

(1) L'action du nitrite d'amyle sur la syncope a été démontrée par les auteurs suivants: Bader, *The Lancet*, 8 mai 1875 ; Hinton, *Philad. med. Times*, juillet 1875, du Burral, *New-York med. Journ.*, 1870 et 1876, etc.

On voit par là combien cette question de détail est importante. Dans le but d'éviter ces inconvénients, M. Boissy a introduit dans des ampoules en verre du nitrite d'amyle chimiquement pur, exempt de tout produit dangereux. Chaque ampoule renferme la dose nécessaire pour une inhalation ; le médicament s'y conserve très bien, car ces tubes, semblables aux tubes à vaccin mais plus gros, sont fermés à la lampe par les deux bouts. Quand le malade a son accès, il en brise les deux extrémités, reçoit le liquide sur un mouchoir qu'un assistant approche de sa bouche et de son nez pour lui en faire respirer les vapeurs. Rien de plus commode et de plus facile.

« Les avantages de cette nouvelle forme pharmaceutique sont évidents, dit M. Boissy. Les ampoules assurent la conservation parfaite et indéfinie du liquide qui n'étant pas au contact de l'air ne peut subir d'altération.

» Elles préviennent toute perte de liquide par évaporation.

» Elles sont transportables même dans la trousse du médecin, et dispensent de l'emploi d'un flacon et d'un compte-gouttes.

» Enfin les ampoules sont la seule forme qui permette au médecin de le mettre sans danger entre les mains du malade. Celui-ci n'est pas exposé à respirer une quantité trop considérable de liquide, ce qui lui arriverait infailliblement s'il le versait du flacon sur le mouchoir. »

B.— La *Nitro-Glycérine* est un éther nitrique de la glycérine, qui a été découvert en 1847 par Sobrero, expérimenté en 1848 par Hering et en 1853 par Dudgeon.

Les médecins homœopathes l'employaient depuis longtemps sous le nom de glonoïne. Pour que son appellation vulgaire, plus terrible que la poudre, n'effrayât pas les malades, Berthelot lui a donné le nom de trinitrine. Elle n'a cependant été sérieusement étudiée que par un médecin de Brighton, le docteur Field (1). Il dilua deux gouttes d'une solution au centième et l'avala. Il ressentit aussitôt de la congestion à la tête, des bourdonnements d'oreilles, des nausées et de la petitesse au pouls. Ces sensations durèrent une demi-heure à peine, puis disparurent en faisant place à une légère céphalalgie. Cela le conduisit à l'employer dans le traitement des névralgies rebelles et il eut à s'en applaudir. Ces succès l'encoura-

(1) Field. — Med. Times and Gaz. 10 mars 1858 et 2 avril 1859.

gèrent à s'en servir contre les grandes névroses et même le tétanos et l'hydrophobie. Baker Edward (1) et S. Brady (2) préconisèrent également ce médicament, principalement dans les névralgies rebelles, mais à la dose d'une goutte seulement. Voici en effet ce qui était arrivé à ce dernier : s'étant administré deux gouttes de solution alcoolique au centième, il eut une défaillance, perte de connaissance, convulsions des muscles de la face et respiration stertoreuse ; aussi en fut-il véritablement effrayé et réduisit-il la dose à une goutte bien qu'en expérimentant sur les animaux, il ait vu qu'ils pouvaient supporter des doses plus considérables. M. Vulpian (3), désireux de constater les assertions de Brady, ne put obtenir aucun effet toxique appréciable en donnant à un jeune chien 0,90 cent. à 4 grammes de trinitrine. Il résulterait de ces expériences contradictoires que certaines personnes seraient très sensibles et d'autres le seraient beaucoup moins à l'action de ce poison.

En 1876 M. Bruel (4) fit paraître une étude remarquable sur la trinitrine où il conclut en disant que c'est un poison très violent, déterminant rapidement des convulsions cloniques et toniques, puis la mort. Pour que la dose soit mortelle, il faut qu'elle soit assez élevée. Le docteur Bourru, chirurgien de la marine, détaché en 1877 à la fonderie de canons de Ruelle, ayant entendu plusieurs fois les officiers d'artillerie se plaindre des violentes migraines que leur causait le maniement de la dynamite qui n'est que de la glycérine absorbée et retenue par une poudre inerte, résolut de l'expérimenter sur lui-même. Il laissa sur sa table de travail une certaine quantité de cette poudre étalée sur une feuille de papier, mais il n'en ressentit aucun inconvénient, la dynamite retenue humide et onctueuse par la glycérine ne pouvant se répandre en l'air en poussière et n'exhalant point de vapeurs. Il en fut autrement quand il roula une pincée de dynamite entre le pouce et l'index ou quand il en voulut pétrir gros comme une lentille dans la paume de la main. Il ressentit quelques minutes après une forte tension dans les régions temporales et pariétales, de la douleur au front, de la chaleur au visage. Battements

(1) Baker Edward. On the phys. properties of xyloids. Liverpool Med. chir. journal janvier 1859.

(2) Brady.— On the med. action of Glonoïne.—Med. Times and Gaz. 12 mars 1859.

(3) Vulpian. — Gaz. hebd., 6 mai 1859.

(4) Bruel. — Recherches expérim. sur les effets de la glycérine et de la dynamite, Th. de Paris, 1876.

artériels pénibles au cou et aux tempes, légères nausées, étourdissements qui ne se dissipèrent que trois heures après. — Enfin, ayant placé sur la pointe de sa langue gros comme une petite lentille de dynamite, il ressentit un goût d'abord sucré puis brûlant; aussitôt il la cracha, se lava la bouche soigneusement, mais il fut pris alors et subitement de vertiges qui le forcèrent à s'appuyer; son crâne sembla devoir sauter ; son cœur battit violemment et avec rapidité, les artères du cou et les temporales se distendirent battant avec une violence excessive, anxiété respiratoire et légères nausées ; pas de troubles de la vue (1); après cinq minutes, diminution des symptômes circulatoires ; le soir seulement les symptômes céphaliques s'atténuent, besoin de repos, de sommeil, lourdeur de tête le lendemain.

M. Bourru fut frappé de la ressemblance d'action de cette substance avec le nitrite d'amyle et songea à l'employer comme médicament, mais il fut arrêté par la difficulté de fixer sa posologie et la crainte d'accidents terribles, vu la rapidité foudroyante de son action.

Voici, d'après le docteur Piedvache (*Art Médical*, juin 1883, p. 434), ce que dit Mayer (2) au sujet de la nitro-glycérine :

« Son action se manifeste d'abord, dans la région du cœur, par une sensation de plénitude et de constriction qui s'étend quelquefois jusqu'au cou ; le pouls diminue de fréquence. Bientôt après, il se développe une sensation de chaleur au cœur; cet état de constriction crampoïde disparait, son action est augmentée, les battements du cœur sont plus forts, ils deviennent parfois si violents qu'on les perçoit à travers les vêtements. Cette poussée plus forte du sang se manifeste nécessairement dans les gros vaisseaux ; aussi voit-on battre les carotides et les temporales, et les veines jugulaires se gonfler ; le pouls correspond à ces signes, il augmente rapidement en fréquence et en plénitude et monte quelquefois de 60 à 120 pulsations ; seulement, de temps à autre, il y a alternative d'accélération et de ralentissement ; en même temps, il est irrégulier et intermittent, plus rarement il devient filiforme ; la violence des pulsations ne s'étend pas seulement dans les artères superficielles, elle est sensible à la nuque, à l'extrémité des doigts et partout le corps, ce qui explique la sensation d'anxiété et d'agitation que l'on constate souvent.

Korcinski (3) constate avec quelques gouttes d'une solution au centième que le cœur et le pouls s'accélèrent, présentent parfois du

(1) Dr Bourru, professeur d'hygiène à l'Ecole navale de Rochefort. — *Bulletin de thérapeutique*, mai 1883.

(2) Mayer.— Trad. de Champeaux. *Art médical*, t. XVI, p. 103.

(3) Korcinski. — Wien. Med. Woch. 1885, n° 6.

dicrotisme; six gouttes déterminent de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreille, de la rougeur à la figure et enfin de la polyurie.

M. le Dr Burougs (1) regarde la nitro-glycérine comme un actif succédané de l'alcool. D'après lui, ce médicament a une action stimulante immédiate sur le système cardio-vasculaire. Une ou deux gouttes d'une solution de nitro-glycérine à 1 p. °/₀ déterminent presque instantanément une stimulation égale à celle produite par 25 à 30 grammes de brandy. Le cœur participe à cette excitation; ce qui met en droit de l'espérer, c'est que ce même auteur s'est très bien trouvé de ce remède dans le « shok » accompagnant les accidents et dans l'épuisement qui suit les grandes opérations chirurgicales (2).

M. Desrosiers, dans une étude sur la trinitrine, a confirmé ces résultats (3); mais d'autres praticiens les avaient contestés : (Fuller, Harley, Vulpian) ; il y avait là quelques points incertains qu'il fallait trancher définitivement. M. H. Huchard s'est livré, avec son ardeur accoutumée, à ce travail difficile, et voici, brièvement résumées, les conclusions de son travail (4) :

1° *Au point de vue physiologique,* la trinitrine, à la dose de une à dix gouttes de la solution au centième, produit chez l'homme :

Du côté du système nerveux, sensation de plénitude intra-crânienne, céphalalgie plus ou moins intense, confusion ou paresse dans les idées, bourdonnements d'oreilles, vertiges, amblyopie, etc., etc.

Du côté de l'appareil circulatoire, le choc cardiaque devient plus fort, plus rapide, les artères battent avec violence, le pouls s'accélère, devient parfois dicrote, la tension artérielle diminue, la face est rouge, vultueuse. Quelquefois, on peut constater des sueurs exagérées, des nausées, des vomissements.

Du côté de la respiration, on a pu noter, dans certains cas, une exagération des mouvements respiratoires.

En résumé, tous ces phénomènes sont la conséquence directe de la paralysie des vaso-moteurs.

Dans ses expériences sur les animaux, M. Huchard est arrivé comme M. Vulpian, à des résultats négatifs. « Mais, comme le dit du reste ce dernier auteur, les résultats des expériences faites sur les animaux ne doivent pas être appliquées trop sévèrement à la physiologie de l'homme », et M. Huchard

(1) Dr Buroughs. — The Lancet, 8 aug. 1885. — Nitro-glycérine as a substitute for alcohol.

(2) Dr Van Ranterghem. — Compendium de médec. dosimétrique 1886.

(3) Desrosiers. — Union médicale du Canada, 1883.

(4) H. Huchard. — Bulletin général de thérapeutique, 30 avril 1883.

ajoute avec raison, « que ces expériences prouvent que l'emploi de cette substance dans la thérapeutique a inspiré des craintes sans doute fort exagérées. »

2° *Au point de vue thérapeutique,* la trinitrine pourra donc rendre des services :

a. — Dans les *maladies du cœur* et spécialement de l'*aorte,* lorsque prédomineront des symptômes d'*anémie cérébrale.* Le maximum d'action se produit surtout dans les *angines de poitrine ;* mais dans la plupart des cas, le nitrite est de beaucoup préférable à la nitro-glycérine contre cette maladie. — Dans les *syncopes,* les *lipothymies,* les *palpitations* d'origine anémique, elle peut encore être employée avec avantage.

b. — Dans les *affections nerveuses,* avec *anémie cérébrale ;* dans les *névroses vasculaires,* dans la *migraine angiotonique,* les *céphalalgies anémiques,* les *névralgies faciales* relevant de la même cause, les effets de la trinitrine sont incontestables. Dans les *vertiges,* surtout les vertiges d'origine anémique, dans le *vertige de Ménière,* M. Huchard dans deux cas, a obtenu des résultats satisfaisants.

c. — Dans les maladies de l'*appareil respiratoire,* malgré les conclusions favorables de Korcinski, le médecin de l'hôpital Bichat n'a jamais constaté d'amélioration chez ses malades.

d. — Il en a été de même lorsqu'il a eu recours à l'emploi de la trinitrine dans les *affections rénales* et surtout dans les *néphrites chroniques ;* et quoi qu'en ait dit Mayo-Robinson, il n'a jamais pu observer ni de diminution de l'albumine, ni d'augmentation de la diurèse.

Ce fut d'abord à l'étranger que la trinitrine a été préconisée principalement contre l'Angine de Poitrine et les affections du cœur où on avait lieu de redouter une anémie cérébrale ou en présentant quelques signes. Les médecins anglais et américains ont été conduits à la prescrire en voyant les phénomènes qu'elle produit si spontanément sur l'homme sain et que nous venons de relater (congestion encéphalique, augmentation de l'énergie du myocarde, diminution de la tension artérielle).

W. Murrel (1) a relaté le premier trois observations d'Angor où il s'est admirablement bien trouvé de l'emploi de la trinitrine. Dans la première observation, nous voyons qu'il s'agit d'un homme âgé de soixante-quatre ans fréquemment atteint d'accès angineux très violents. Murrel lui donne tous les jours trois gouttes d'une solution alcoolique au centième de trinitrine pendant une semaine et au bout de huit jours, les attaques étaient non seulement moins fréquentes mais moins violentes. Au bout de vingt-cinq jours, les accès étaient complétement disparus. Murrell réussit un peu moins bien chez son

(1) W. Murrel, The Lancet, février 1879.

second sujet, une femme de cinquante ans; il n'y eut pas de guérison, mais seulement une réelle amélioration, et il obtint encore un demi-succès dans un troisième cas.

Jameson de Caster, assiégé lui-même par une Angine de Poitrine assez violente, réussit à écarter ses accès en prenant quelques gouttes de la solution, toujours au centième.

Craig, Farquehar (1), Sitls, M'Call Anderson (2) en ont également obtenu de très bons résultats dans la maladie qui nous occupe. Korcinski (3) soulagea par l'emploi de la trinitrine plusieurs de ses malades; chez quelques-uns même des doses minimes enrayèrent, puis firent disparaître les accès ; il remarqua cependant que dans le cas d'Angine de Poitrine dépendant d'une affection valvulaire, il n'obtenait pas d'aussi bons résultats.

Il est relativement assez facile d'expliquer les succès dus à l'emploi de cette substance dans l'Angine de Poitrine, si on veut bien réfléchir à ce qui la produit et si on se rappelle les principales causes qui la déterminent. Le plus souvent elle dépend, en effet, d'un dérangement, d'un trouble dans la circulation du cœur, occasionnés par un rétrécissement ou une oblitération des artères coronaires, d'autres fois d'un spasme plus ou moins durable de ces vaisseaux. Or, la nitro-glycérine, en déterminant la dilatation active ou passive de ces artères, s'oppose aux troubles cardiaques et cérébraux qui menacent de mort l'angineux.

Nous avons dit plus haut que l'Angor survenait quelquefois à la suite de l'aortite aiguë, plus souvent de l'aortite chronique, de la dilatation ou du rétrécissement de l'aorte et de l'insuffisance aortique, de la diminution ou l'oblitération des artères coronaires et des affections des valvules lésions déterminant la dégénérescence graisseuse du cœur, et partant, l'ischémie cardiaque.

Eh bien, en diminuant dans ces circonstances la pression artérielle, en augmentant l'énergie du myocarde, la trinitrine doit amener les meilleurs résultats, et c'est en effet ce que l'expérience a souvent confirmé.

D'après M. Huchard, la nitro-glycérine agit comme le nitrite d'a-

(1) Farquehar, Therap. Gaz., avril 1882.
(2) M'Call Anderson, Glascow med. Journ., juillet 1882.
(3) Korcinski, Wien. Med. Woch., 1882.

myle; elle produit comme elle des symptômes d'hypérémie cérébrale, dilate les vaisseaux périphériques, abaisse la tension artérielle, avec cette différence que son efficacité est de plus longue durée (deux ou trois heures), qu'elle est moins rapide (au bout de quatre ou cinq minutes), tandis que le nitrite d'amyle produit ses effets en quelques secondes; aussi emploie-t-il au début des accès le nitrite d'Amyle et administre-t-il dans leur intervalle et pendant huit ou quinze jours, quelques gouttes de la solution alcoolique de trinitrine qui, en continuant l'action bienfaisante du nitrite d'amyle, favorise la circulation des parois du cœur et prévient ainsi les attaques d'*Angor Pectoris*.

Il nous reste maintenant à indiquer la posologie et le mode d'administration de la trinitrine; nous terminerons ensuite par quelques observations relatives aux bons effets de cette médication.

Mode d'administration et doses. — La solution de trinitrine administrée par voie stomacale est généralement au centième. Voici la formule adoptée par M. Huchard :

Solution alcoolique de trinitrine au centième. . .	XXX gouttes
Eau distillée.	300 grammes.

Trois cuillerées à dessert par jour et augmenter peu à peu jusqu'à trois cuillerées à soupe.

Les malades la tolèrent bien, seulement l'action est beaucoup moins prononcée que lorsqu'on l'administre par voie hypodermique d'après la formule du même auteur :

Eau distillée	10 grammes
Solution alcoolique au centième de trinitrine . . .	40 gouttes

En injecter un quart de seringue Pravaz trois ou quatre fois par jour. L'injection est très bien tolérée, ne s'accompagne pas de douleur et agit presque immédiatement.

Il faut piquer la peau perpendiculairement à sa surface pour arriver franchement dans le tissu cellulaire et choisir préférablement comme lieu d'élection le dos et les fesses, régions riches en tissu cellulaire et moins sujettes à devenir le siège de phlegmons ou d'abcès, parce qu'elles sont pauvres en vaisseaux et en nerfs et ont une température moins élevée que le reste du corps.

Le Dr Marieux (1) dit qu'un médecin anglais, Martindall (2), s'ap-

(1) Dr Marieux. — Recherches sur les propriétés de la Trinitrine. — Thèse doctorale, Paris, 1883.

(2) Martindall. — The Practitionner, 1880. T, I. p. 340.

puyant sur ce fait que la nitro-glycérine est soluble dans les huiles, les graisses et le beurre de cacao, a fabriqué des pilules et des tablettes de chocolat dans lesquelles il a fait dissoudre préalablement une quantité fixe de solution alcoolique de trinitrine. Cet exemple a été suivi en Amérique.

M. Marieux recommande de ne pas dépasser, dans les vingt-quatre heures, six gouttes de la solution alcoolique au centième en potion et de commencer par deux gouttes pour arriver après quatre ou cinq jours à la dose maximum.

M. Huchard recommande aussi de n'employer la trinitrine qu'à faibles doses, au début surtout.

« Son action, dit-il, est moins fidèle, moins sûre, moins rapide que celle du nitrite d'amyle. » Aussi le médecin de l'hôpital Bichat emploie-t-il ce dernier en inhalations contre l'accès et réserve-t-il l'usage de la trinitrine pour l'intervalle des accès pendant huit ou quinze jours. Celle-ci continuant l'action bienfaisante du nitrite amylique, favorise la circulation des parois du cœur et *prévient* ainsi les attaques d'Angor. » Dans plusieurs cas, M. Huchard n'a dû la disparition des accès qu'à l'action *combinée* de ces deux médicaments.

Il nous reste maintenant à présenter quelques observations attestant les effets obtenus dans cette grave maladie par ce médicament.

OBSERVATION CXLV

(Dr Marieux. — Thèse doctorale, page 62.)

Angine de Poitrine tabagique. — Soulagement par l'emploi de la Trinitrine.

Le nommé M..., âgé de 69 ans, sous-brigadier des gardiens de la paix, vient à la consultation de M. Dujardin-Beaumetz le 28 juin 1883.

Cet homme n'a jamais été malade. — Pas de rhumatisme, pas de syphilis. — Abus de tabac pendant une quinzaine d'années ; depuis plus d'un an sur les conseils de son médecin, le malade a cessé complétement de fumer.

Aujourd'hui, il se plaint de ressentir depuis deux ans environ, à la région du cœur sur le bord gauche du sternum, une douleur violente qui s'irradie à l'épigastre, et dans le bras gauche. — Cette douleur qui revient, dit-il, quelquefois spontanément, mais le plus souvent à la suite d'une marche ou même d'un exercice insignifiant s'accompagne d'une sensation de constriction, d'angoisse, d'étouffement. Il semble au malade qu'il va suffoquer. — En même temps, il est pris de palpitations de cœur.

Les accès angineux reviennent deux ou trois fois par semaine mais pas à époque fixe.

L'auscultation du cœur ne nous donne aucun signe de lésions valvulaires. — Le volume du cœur est normal.

Poumons légèrement emphysémateux.

Diagnostic. — *Angine de poitrine* due à l'abus du tabac.

M. Dujardin-Beaumetz prescrit à ce malade trois cuillerées à bouche, à prendre dans les vingt-quatre heures de la solution suivante :

Eau distillée	300 gr.
Solution de trinitrine au centième.	30 gouttes

Huit jours après avoir commencé ce traitement le malade revient à la consultation. Il n'a eu dans la semaine qui vient de s'écouler qu'un seul accès d'angine de poitrine, après une fatigue excessive. Cet accès a été moins douloureux et moins long que ceux qu'il éprouvait ordinairement. Il nous déclare que la trinitrine l'a soulagé davantage que l'iodure de potassium, ou l'iodure associé au bromure, dont il fait usage depuis longtemps.

Le 15 juillet. — Le malade ayant continué ce traitement voit l'amélioration persister. A peine un accès dans les huit jours.

M. Huchard cite dans la *Revue de Médecine* 1883, un angineux malade du Dr Calvo, dont les accès résistèrent à la morphine, au chloroforme, à l'aconitine, au chloral, au nitrite d'amyle, etc., et ne furent calmés que par la trinitrine.

Pour nous, nous avons pu suivre depuis le mois de juin jusqu'aux premiers jours de janvier, dans le service de M. Huchard, un employé de la Belle-Jardinière, Polonais d'origine, âgé de près de 60 ans, fort, vigoureux, atteint d'Angor organique depuis plusieurs années et que le médecin ne pouvait pas examiner, interroger, ausculter sans qu'un accès d'Angor éclatât. Ce sujet présentait cette particularité, qu'il ne pouvait pas supporter la plus légère dose d'iodure de potassium en potion, sirop, lavements ou injections sous-cutanées (très douloureuses et inflammatoires du reste). M. Huchard réussit pendant quelque temps à modérer ses accès avec le nitrite d'amyle, mais, son action s'épuisant, il eut recours à la trinitrine par la voie gastrique et en injections sous-cutanées à la dose que nous venons d'indiquer. L'état de ce malade, sous l'influence de cette médication, s'améliora; de pâle qu'elle était, sa face devint colorée et il a pu quitter l'hôpital Bichat dans un état satisfaisant.

Nous dirons néanmoins que la trinitrine a eu, comme le nitrite d'amyle quelques insuccès dans les mains de plusieurs expérimentateurs, ce qui ne nous empêchera point d'affirmer que la découverte de ces deux médicaments et leur application au traitement de l'*Angor Pectoris* est une véritable conquête pour le médecin resté si longtemps désarmé en présence de cette maladie.

D. — *Nitrite de sodium.* — M. Matthew Hay, d'Edimbourg, s'est

servi, en 1883 (1), et avec avantage, dit-il, du Nitrite de sodium dont l'action ressemble beaucoup à celle des médicaments dont nous venons de parler.

« Afin de m'assurer, dit cet auteur, dans quelles limites on peut l'administrer et quelle était son action, je pris à trois reprises 5, 10 et 20 grains de ce sel. J'ai remarqué alors que les battements de mon pouls étaient accélérés après chaque dose et que cette accélération était marquée surtout à la suite de la dose la plus élevée. » La ressemblance des effets du nitrite de sodium avec ceux du nitrite d'amyle et de la nitro-glycérine, a fait supposer à l'auteur qu'ils dépendaient de l'acide nitreux.

Barthe attribuait à la présence dans le salpêtre du Chili du nitrite de sodium ou nitrate de soude, largement employé en agriculture comme engrais, les effets toxiques observés sur le bétail. Ces recherches ont été complétées par d'autres que Birz a publiées. Chez les animaux à sang froid ou à sang chaud, le nitrite de sodium produit une série de phénomènes qui tôt ou tard se terminent par la mort. Les animaux sont accablés, chancelants, les chiens, surtout, ont des contractions fibrillaires des muscles, des baillements, des vomissements. Bientôt, le sang devient brunâtre, la respiration profonde et difficile, et la mort est précédée de spasmes et de convulsions. Les filets nerveux sont ordinairement paralysés, de même que les muscles. Une faible dose de nitrite de sodium produit de la diarrhée chez les lapins et chez les chiens ; une dose injectée sous la peau détermine également une énergique hyperhémie de la muqueuse intestinale. Birz croit qu'elle est due à la mise en liberté de l'acide nitreux et à son dédoublement.

Presque en même temps, Relchert et Weir Mittchell montraient que l'action physiologique du nitrite de potassium était analogue à celle du nitrite d'amyle.

OBSERVATION CXLVI

M. B..., âgé de 42 ans, consulte le Dr Buttin le 15 novembre 1882 pour des spasmes graves, prolongés, douloureux du thorax. Son père est mort subitement à 52 ans, mais n'a jamais eu de maladie de poitrine. Ce malade attribue l'origine de son affection à un écart de régime qu'il aurait fait le 1er janvier 1882. Il vomit beaucoup le lendemain et continua de vomir pendant les trois mois suivants. Durant ce temps, il souffrit d'une douleur très vive dans la région épigastrique, contre laquelle il prenait dans le cours du jour, trois verres de whisky. Son médecin lui prescrivit l'abandon des boissons alcooliques, lui permettant seulement un verre ou deux de bière par semaine. Au bout de deux ou trois mois, il allait déjà beaucoup mieux et la douleur avait disparu. Au milieu du mois de juin, il sentit tout à coup dans le cours d'une promenade une vive douleur derrière le sternum. Celle-ci diminua peu à peu pendant qu'il continuait sa promenade ; elle reparut le soir pendant qu'il revenait de son travail ; le malade est employé dans une imprimerie à un demi-mille de chez lui ;

(1) Matthew Hay. — Nitrite of sodium in the treatment of Ang. Pect. The Practitionner, mars 1883.

il doit constamment monter pour revenir. La douleur, qui ne se manifestait au début que pendant la marche, surtout lorsqu'il gravissait une pente un peu raide, commença en juillet à se montrer pendant des mouvements légers, quand il s'habillait, par exemple ; peu à peu cette douleur s'aggrava, devint crucifiante à tel point qu'il devait s'arrêter complétement. Paroxysme très violent, même sans exercice, après le déjeuner. Stimulants, jusquiame, digitale, fer, sans résultat. Un verre de whisky ou de bière réussissaient à calmer momentanément les douleurs mais ne les empêchaient pas de revenir.

15 novembre. Pouls radial fort : 80 pulsations par minute ; pas de rigidité de l'artère ; cœur un peu hypertrophié ; impulsion précordiale augmentée ; double souffle aortique. Chaque attaque commençait par une douleur vive dans le front et le thorax, douleur qui s'étendait bientôt sur une surface égale à la paume de la main. La douleur gagnait peu à peu en arrière jusqu'au niveau des deux omoplates. La durée de la douleur variait de cinq minutes à un quart d'heure, et s'étendait aux deux bras jusqu'aux extrémités des doigts.

L'auteur prescrivit des capsules renfermant du nitryte d'amyle pour que le contenu servit à des inhalations au moment de l'attaque ou lorsque celle-ci menacerait. Régime sévère, abstinence de tous stimulants alcooliques.

Le 30. Va beaucoup mieux. L'irritation gastrique a disparu et la douleur a été notablement atténuée. A pris six à sept capsules par jour. Peu à peu il est arrivé à n'avoir plus qu'une ou deux attaques par jour, la nuit, ou à la suite d'excès de travail. Mais le nitrite d'amyle ne faisait qu'atténuer la douleur ; de plus son inhalation était suivie de faiblesse, de céphalalgie, de sensations désagréables, à tel point que le malade était souvent obligé de s'arrêter et de se reposer pendant la marche. L'auteur résolut alors d'essayer le nitrite de sodium. Il prescrivit :

Nitrite de sodium.	14	cent. cubes
Eau	336	—

Une cuillerée à thé ou deux à la fois. De plus, des inhalations de nitrite de sodium.

On n'aurait recours au nitrite d'amyle que dans le cas où le nitrite de sodium se serait montré inefficace. Ce traitement, commencé le 18 décembre, donna des résultats extrêmement favorables. En prenant le médicament après dîner les douleurs disparaissent au bout d'une ou deux minutes. Depuis lors, le même effet fut toujours produit.

Dans tous les accidents qui se sont produits plus tard, la même médication a toujours eu d'excellents effets.

Nous rappelons la formule de Matthew Hay :

Nitrite de sodium.	14 gr.
Eau de rivière.	350 gr.

En prendre une à deux cuillerées à café par jour, mais je crois cette dose trop considérable, surtout au début du traitement. En France, où nos estomacs sont loin d'avoir la vigueur et la tolérance des es-

tomacs anglais ou américains, une demi-cuillerée à café matin et soir doit suffire et on doit n'augmenter que très prudemment surtout si en renouvelant le médicament, on change de pharmacien.

Voici à cet égard ce qui m'est arrivé à propos du nitrite de sodium dont j'avais recommandé l'usage à un malade épileptique habitant la Haute-Marne. Je relate cette observation bien qu'elle soit en dehors du sujet de ce livre; mais sa lecture ne sera pas inutile pour montrer avec quel soin nous devons, lorsque nous ordonnons des médicaments actifs, en surveiller les effets et nous enquérir des moindres circonstances relatives à leur emploi.

Le sujet en question, jeune homme de 22 ans, au teint pâle, était assiégé presque constamment dans la journée d'éblouissements, d'absences et d'hallucinations, tandis que dans la nuit, il avait des attaques complètes ; attaques et absences s'accompagnaient de pâleur extrême de la face et des lèvres. J'avais résolu de joindre au traitement arsénio-bromuré l'usage du nitrite de sodium et j'avais prescrit à mon malade l'emploi de la potion ci-dessus indiquée. Deux pharmaciens de la petite ville habitée par mon client lui répondirent, quand il leur apporta mon ordonnance, qu'ils ne possédaient pas dans leur officine du nitrite de sodium ; un troisième la remplit. Mais ce ne devait être que du nitrate de soude, car pendant deux mois que le médicament fut administré à doses progressives, aucun des signes extérieurs consécutifs à l'administration du nitrite ne se manifesta. Impatienté, j'écrivis à mon malade de remplacer, matin et soir, la cuillerée à café par une cuillerée à bouche et j'élevai la quantité du sel à 16 grammes pour 340 grammes d'eau, ce qu'il fit sans plus de succès pendant une quinzaine de jours. Ennuyé de ne ressentir aucun mieux, mon malade fit remplir, sans me le dire, son ordonnance à Paris, dans une bonne pharmacie, et à la réception de son médicament en prit une cuillerée à bouche, le matin, deux heures après l'ingestion d'un bol de lait chaud. Cette fois, on avait bien délivré du véritable nitrite de sodium au lieu d'un médicament inerte, et en voici les effets décrits par le malade lui-même :

« Cinq minutes après, il me prit une envie de vomir, mais malgré tous les efforts que je fis, je ne pus y arriver ; j'éprouvai ensuite une faiblesse extrême. Ma mère et une autre personne furent obligées de me soutenir. Ma connaissance n'était pas perdue, mais je ne pouvais ni parler ni voir. Ma tête me semblait extrêmement grosse ; j'étais devenu pourpre d'après ce qu'on m'a dit ; j'étouffais, je voulais qu'on me déboutonnât mais les paroles ne purent pas sortir de ma bouche. Je n'y voyais pas plus qu'un aveugle ; ne pouvant me soutenir sur ma chaise, je fus obligé de me coucher par terre. J'étais baigné de sueur, j'avais des souffrances impossibles, il me semblait que j'avais un seul petit fil au cœur qui me retenait à la vie et ce fil semblait devoir se rompre à chaque instant.

« Lorsque je fus un peu moins mal je me couchai et j'avais si froid qu'on parvint avec peine à me réchauffer. On me donna en abondance du thé et de la cannelle. Je gardai le lit jusqu'à cinq heures du soir où je pris mon premier repas. Le lendemain je restai longtemps au lit, me trouvant encore très faible ; le surlendemain j'étais dans mon état naturel. »

Cette dose anormale n'exerça du reste aucune influence sur la santé générale du sujet ni sur ses absences, l'élimination de cette sorte de médicaments étant presque aussi prompte que leurs premiers effets sont rapides ; mais j'ai tenu à mentionner cette observation pour montrer que la surveillance du médecin, quand il s'agit du nitrite d'amyle, de la trinitrine et du nitrite de sodium, doit être de tous les instants, surtout dans la pratique civile où on ne peut pas compter absolument sur l'exactitude de l'entourage (1).

E. *Tribromure d'Allyle.* — Pensant avec raison que dans l'Angine de Poitrine, comme dans beaucoup de névroses, il y a des troubles d'innervation caractérisés par du spasme et des troubles de vascularisation du cœur, M. le Dr A. de Fleury, de Bordeaux, a songé à employer contre cette maladie un *agent volatil* que caractérise une fragance fétide, l'essence d'ail, pour combattre les spasmes, amener une détente de toute contracture spasmodique et une régularisation de l'action vaso-motrice (2).

Cette essence est composée de sulfure d'allyle ; on en retire aussi de l'oxyde d'allyle. Le soufre paraît y être contenu en excès ; cette huile jaunâtre est stimulante et révulsive, mais son âcreté, son odeur, son action caustique en rendaient l'application impossible. M. de Fleury s'exprime ainsi au sujet de l'objet de son étude :

« C'est dans le troisième groupe des hydrocarbures élémentaires, $C^2 H^2$, et dans la série allylique, $C^3 H^4$, et ses dérivés ou ses homologues, que l'observation clinique, d'accord avec l'expérimentation, m'a décelé l'agent le plus direct et le plus puissant, dans le spasme convulsiforme et la contracture hystérogène. C'est là qu'il faut chercher des propriétés véritablement électives, contre la constitution physiologique spéciale que nous proposons de désigner sous la dénomination de *spasmodisme*, dont l'attaque hystérique fournit le type, comme l'épilepsie donne celui de la névrose essentiellement convulsive et clonique que nous nommons *convulsisme*.

» L'allyle est un carbure d'hydrogène ($C^3 H^5$) obtenu en décomposant par le sodium l'éther allyliodhydrique,

Il est le radical des composés allyliques. Wertheim l'a trouvé dans les essences d'ail et de moutarde ; Berthelot, de Lucas, Cahours, Hofman, l'ont spécialement étudié.

---

(1) M. Huchard repousse formellement l'emploi de ce dernier médicament qu'il regarde comme fort dangereux.

(2) De Fleury. — Du Spasmodisme opposé à la Convulsion. — Bordeaux, imprimerie A. Belliès, 1886, p. 30.

» En faisant réagir un bromure de phosphore sur l'alcool allylique, Cahours et Hoffman ont obtenu le bromure d'allyle ($C^3 H^5 Br.$)

» Nos expériences et nos observations portent sur le tribromure d'allyle que Wurtz a plus particulièrement étudié. Il l'a obtenu par l'action de l'iodure d'allyle sur une fois et demie son poids de brôme. Ce liquide est neutre, incolore, très soluble dans l'éther. Il bout entre 217 et 218 degrés. Il se solidifie au-dessous de 10 degrés, et quand cette solidification est lente, il se cristallise en beaux prismes fusibles à 26 degrés. Sa densité est de 2,436.

» C'est le tribromure d'allyle dissous dans l'éther que nous avons utilisé en injections sous-cutanées.

» Une goutte au compte-gouttes, de tribromure d'allyle, pèse environ 2 centigrammes 1/2 ; 2 gouttes, 5 centigrammes ; 3 gouttes, 7 centigrammes 1/2 ; 4 gouttes, 10 centigrammes. C'est cette dernière quantité que nous avons incorporée à 1 centimètre cube d'éther sulfurique, soit une seringue de Pravaz. »

De nombreuses expériences faites à Bordeaux, à l'hôpital Saint-André, ont démontré à M. de Fleury que le tribromure d'allyle était le plus puissant de tous les anti-spasmodiques. Deux à trois gouttes de cette substance dissoute dans de l'éther sulfurique injectées sous la peau arrêtent net la crise d'hystérie même la plus violente. Aux contorsions les plus violentes succède le calme le plus complet.

Chez d'autres malades tourmentés par l'insomnie la plus opiniâtre ou par les douleurs les plus cruelles, l'injection d'une demi-seringue de Pravaz (2 gouttes de tribromure d'éthyle dissous dans 50 centigrammes d'éther sulfurique) amena le sommeil et la disparition de toute algie. Les mêmes effets sédatifs sont obtenus avec le médicament administré en capsules connues sous le nom de Capsulines de Saint-André.

Nous croyons que dans tous les cas d'Angor d'origine névralgique ou névrosique, dans la plupart de ceux où l'élément douleur prédomine et où il y a contraction spasmodique ou resserrement des vaisseaux, il y aurait utilité grande à employer en injections un analgésiant aussi actif dont les propriétés se résument nettement en ces trois points :

1° Annihiler toute manifestation *contracturale* ou convulsiforme liée à l'état de spasme.

2° Procurer, dans des conditions exceptionnelles de calme cérébral, un sommeil facile, doux, réparateur.

3° Supprimer l'élément *douleur* et les exacerbations les plus intolérables des maladies organiques voisines de la dernière période,

sans empoisonner comme la morphine, sans irriter les muqueuses comme le chloral (1).

Voici l'observation, malheureusement unique, relative à l'Angor que relate M. de Fleury dans sa brochure.

OBSERVATION CXLVII

Angine de Poitrine. — Pas d'amélioration par les traitements ordinaires. — Calme procuré par les capsulines de Saint-André au tribromure d'éthyle.

Mademoiselle Laurent a soixante et onze ans. Elle est d'origine anglaise, jouit d'une immense fortune, dont les revenus sont en partie consacrés à des œuvres de charité. Son frère est asthmatique; elle a présenté quelques accidents douteux de goutte apyrétique. Mais en réalité, le diagnostic adopté par les principaux médecins qui l'ont soignée depuis dix ans, diagnostic qui est aussi le mien, est celui d'*angine de poitrine*. Des pertes de connaissance subites, accompagnées souvent de syncope complète; une douleur qui, suivant le nerf médian, s'irradie dans tout le bras gauche et la paume de la main; des phénomènes de congestion cérébrale auxquels il ne manque que l'hémiplégie persistante; une expulsion sanguinolente, ou simplement rosée, des gorgées de sang vermeil, à la fin de la crise; des sueurs froides, un pouls effacé : pas de lésion des orifices du cœur, mais sous le sternum, à un niveau correspondant à la région moyenne du myocarde, un bruit râpeux qui semble indiquer une lésion de l'artère pulmonaire, tels sont les signes dominants. Les attaques prennent la nuit, ou le matin, de très bonne heure. Le travail digestif n'y est pour rien; c'est le froid humide, une fatigue prolongée dans la station verticale, qui semblent la cause occasionnelle des crises.

Je fus appelé pour la première fois près de cette malade, le 22 septembre 1885; les révulsifs les plus puissants, les cordiaux diffusibles les plus énergiques, ne donnaient que peu ou point de résultats. Mais 5 capsulines de tribromure d'allyle, dosées à 4 gouttes et prises de deux heures en deux heures, amenèrent un soulagement qu'aucune autre médication n'avait produit. En octobre et novembre, trois crises nouvelles furent calmées de même. En décembre, le médecin ordinaire, rentré à Bordeaux, reprit sa malade. Aujourd'hui 1er mars 1855, je sais qu'elle n'est pas guérie d'une maladie dont on ne se refait pas, mais je sais aussi qu'aucune médication tentée depuis n'a procuré l'amélioration que j'avais obtenue avec le tribromure d'allyle. »

Dans une maladie qui frappe comme la foudre et qu'il faut traiter avec une vigueur et une promptitude extrêmes, la découverte et l'emploi d'un moyen actif de plus ne sauraient être chose indifférente et nous avons cru bon d'attirer l'attention des praticiens sur le tribromure d'allyle. Nous regrettons aussi que tout en l'administrant à l'intérieur, le médecin qui le premier s'en est servi

(1) De Fleury. — Ouvrage cité.

sous forme de capsulines, n'ait pas employé contre l'accès lui-même l'injection sous-cutanée comme moyen d'arrêter net et sur place un accès d'Angor. Ce serait un service considérable rendu à la thérapeutique si ce moyen réussissait ici comme dans l'hystérie, et nous appelons de tous nos vœux de nouveaux essais dans cet ordre d'idées.

On a reproché aux injections de tribromure d'allyle de produire, au moment de leur application, un sentiment de brûlure assez vif suivi, chez quelques sujets, d'une eschare. Employant avec succès cet analgésiant depuis quelque temps, je puis assurer que ces petits désagréments ne me sont jamais arrivés en prenant les précautions que voici : Ne faire des injections que dans les endroits où le derme est épais (région deltoïdienne, partie externe de la cuisse, partie supérieure des fesses), enfoncer obliquement, mais profondément, la canule; la retirer ensuite un peu, ne pas pousser l'injection brusquement dans le sillon tracé, et exercer ensuite une sorte de pétrissage de la région pendant une ou deux minutes, afin de ne pas laisser s'accumuler le liquide en un seul point et rendre son absorption plus rapide.

F. — *Opium et Morphine.* — Dans une affection où une douleur vive, atroce, est le symptôme dominant, la meilleure arme à employer semblait être tout d'abord l'opium comme antalgique, et c'est à lui que les médecins ont songé tout d'abord. Heberden qui, le premier, a tracé le traitement de l'Angor, recommandait le calme, le repos, la chaleur, le vin, les cordiaux et surtout l'opium ; « rien, dit-il, n'agit plus efficacement; dix à quinze gouttes de teinture thébaïque prises au moment où on se met au lit, permettent aux malades d'y rester jusqu'au matin, tandis qu'ils auraient été forcés de se lever et rester debout pendant deux ou trois heures chaque nuit et cela souvent des mois ».

Jurine professait la même opinion et regardait l'opium comme le meilleur analgésique, et les conseils de ces médecins ont été suivis de tout temps.

« Mais il y aurait erreur de croire que l'opium n'agit dans l'Angine de Poitrine qu'à titre de sédatif. Il possède encore une action vaso-motrice et des propriétés stimulantes sur lesquelles on n'a pas assez insisté, dit M. Huchard (1), et qui jouent certainement un grand rôle dans l'apaisement des accès angineux.

(1) Revue citée p. 110.

» Ses propriétés stimulantes sur la circulation étaient bien connues des anciens ; « ce serait être peu instruit de la vertu de l'opium, disait Sydenham, que de l'employer seulement pour procurer le sommeil, calmer les douleurs et arrêter la diarrhée. L'opium peut servir dans plusieurs autres cas; *c'est un excellent cordial* et presque l'unique qu'on ait découvert jusqu'ici. « De son côté, Bordeu reconnaissait formellement que l'opium *élève* le pouls, qu'il le *dilate*, le rend plus *souple*, moins *convulsif*, quelquefois plus fréquent. » Cullen avait bien décrit l'action cardiaque du médicament dans ce passage : « Les narcotiques, au lieu d'agir toujours comme sédatifs ou de diminuer l'action du cœur, sont souvent un puissant stimulant pour cet organe, et quand ils commencent à agir, ils augmentent souvent sa force et sa fréquence. » Enfin, Hufeland reconnaissait dans l'opium non seulement un calmant du système nerveux, mais aussi un excitant de l'appareil circulatoire, double propriété qui proteste ainsi contre la célèbre et trop exclusive exclamation de Brown : *Opium, me Hercle non sedat* (1). »

« Enfin, de nos jours, les observations cliniques de Bordier, les recherches expérimentales de Oscheidlen, de Laborde et de Picard, (de Lyon) ont démontré que l'administration de l'opium et de la morphine produit trois phénomènes importants : l'excitation des battements cardiaques, la dilatation passive des artères, et l'abaissement de la pression sanguine. »

« Nous ne discuterons pas ici la question de savoir si cette dilatation des capillaires cutanés et viscéraux qui survient à la suite de l'administration de l'opium ou de la morphine, est due à une action paralysante des vaso-constricteurs, ou au contraire à une action excitatrice des vaso-dilatateurs. Il nous suffit de savoir que l'opium et l'un de ses alcaloïdes le plus important, la morphine, sont doués non seulement de propriétés sédatives, mais aussi d'une action cardio-vasculaire réelle. Et c'est bien à ce double point de vue que l'opium et surtout les injections morphinées ont un si grand succès contre les attaques d'Angine de Poitrine. Pour combattre celles-ci, la sédation de la douleur n'est pas suffisante, il faut encore relever l'énergie contractile du cœur, favoriser son travail en diminuant les résistances périphériques, c'est-à-dire en dilatant les vaisseaux sanguins, en abaissant la tension artérielle. Ces derniers effets sont

(1) Sydenham. — Med. Prat. trad de Jault.

moins prononcés sans doute qu'avec le nitrite d'amyle, mais ils n'en sont pas moins réels, et il nous a paru nécessaire de les décrire, d'autant plus qu'ils semblaient davantage oubliés. Avons-nous besoin de dire que cette action cardio-vasculaire est encore un argument en faveur de la théorie de l'ischémie cardiaque que nous défendons (1) ?

» Par conséquent, lorsque l'on n'aura pas de nitrite d'amyle sous la main, ou lorsque celui-ci n'aura pas eu toute son efficacité habituelle, on devra recourir aux injections de morphine à la dose de 1 à 2 centigrammes, sans craindre même d'arriver à des doses plus élevées encore ; car, dans les cas de douleur extrêmement violente et atroce comme l'est celle de l'Angine de Poitrine, il est à remarquer que les malades supportent impunément des doses assez considérables de morphine, tant il est vrai que *la douleur est le meilleur contrepoison de l'opium.*

» Enfin, pour calmer les attaques d'Angine de Poitrine extrêmement violentes, on peut avoir recours à *l'action combinée* des inhalations amyliques et des injections morphinées, comme nous l'avons fait plusieurs fois avec un réel succès. » (2)

Et cependant nous ne saurions trop recommander de ne pas user constamment de la morphine. Gardons-nous de cette erreur fatale, mais si commune aujourd'hui de croire, lorsque ses effets sédatifs s'atténuent ou s'annihilent (ce qui ne tarde pas à arriver après un certain temps) qu'il suffit, pour les récupérer d'augmenter la dose à injecter de ce sel. L'abus de la morphine a des effets tout aussi fâcheux chez les angineux que chez les autres malades. Elle les irrite, augmente leur état névropathique et après les quelques instants de mieux ou de bien-être qu'elle leur procure, déprime à la longue leur intelligence et aggrave leur état moral.

---

(1) Dès 1880, M. Ch. Liégeois avait aussi écrit que l'opium n'agit pas seulement dans l'Angine de Poitrine à titre de sédatif, mais qu'il est utile parce qu'il active la circulation et par ses propriétés vaso-dilatatrices combat l'ischémie cardiaque, cause première des désordres du moins dans l'Angor organique et les Angines vaso-motrices. (Ch. Liégeois : *Du rôle du système nerveux dans les maladies du cœur*, mémoire inédit communiqué; couronné par l'Académie de Médecine (Prix Civrieux, 1880); Mention honorable au concours du prix Lallemand, de l'Académie des Sciences, 1881. — *La Thérapeutique raisonnée des Cardiopathies*, mémoire inédit communiqué; couronné (prix biennal 1881-1882) par la Société de Médecine pratique de Paris, et honoré d'un encouragement au prix Desportes (1882) de l'Académie de Médecine, et *Revue Médicale de l'Est*, loc. cit., 15 février 1883, p. 114.)

(2) H. Huchard. — Opere citato, p. 111 et 112.

Aussi quand les effets sédatifs de la morphine semblent s'émousser, il vaudrait mieux selon nous la remplacer par une autre substance analgésiante. Nous avons déjà parlé du tribromure d'allyle et du rôle qu'il pourra remplir dans un accès; il est une autre substance ayant pour caractère particulier d'éteindre dans une certaine étendue la sensibilité autour du point où l'injection est pratiquée à laquelle on pourrait également recourir. Cette substance est la *Théine* qui, d'après M. J. Mays (1), détermine dans un espace assez étendu autour de l'endroit injecté une sensation de froid suivie d'une analgésie très marquée. Cette propriété a été utilisée pour combattre toutes les douleurs dépendant d'une maladie du système nerveux (tabes dorsalis, irritation spinale, névralgie, etc.).

Cette action est remarquable à la fois par sa rapidité et sa durée dépassant de beaucoup celle de la morphine. Il nous semble donc qu'on pourrait s'en servir avec avantage dans l'Angine de Poitrine pour calmer cette douleur déchirante qui fait le tourment des malades et prolonge leur inquiétude.

Ces injections sous-cutanées seraient faites à la dose de un à trois centigrammes chaque fois au bord gauche du sternum et à l'endroit même où la sensation est la plus aiguë. M. Mays conseille de ne pas enfoncer la pointe de la canule trop profondément parce qu'il a vu, dans un cas où cette pointe avait sans doute pénétré dans un vaisseau, survenir chez son malade un accès de manie aiguë. Nous ne sommes pas assez riches en moyens actifs dans le traitement de l'Angor pour ne pas recourir à ce nouvel agent. Il existe d'ailleurs des personnes qui sont réfractaires aux sels d'opium et qui les supportent difficilement; chez celles-là et quand le médecin a remarqué qu'après une série d'injections de morphine le calme se fait attendre ou s'obtient difficilement en raison de l'accoutumance, on pourrait recourir encore aux injections sous-cutanées de *cocaïne*, anesthésique local d'une grande puissance. Voici la formule de cette injection donnée par le docteur Lutaud : (2)

Chlorhydrate de cocaïne	0 50 cent.
Eau de laurier cerise	5 gr.
Eau distillée	45 gr.

(1) Dr J. Mays. — Medic. News, avril 1886.

(2) Journal de Médecine de Paris.

Dose : Une demi-seringue et plus. Ce médicament peut être employé à dose élevée sans produire d'accidents. (1)

M. Dujardin-Beaumetz préconise dans le même but la cicutine qu'il emploie de la manière suivante :

Bromhydrate de cicutine	0 50
Alcool	1 50
Eau de laurier cerise	23 00

La seringue de Pravaz contenant un gramme ou 20 gouttes de la solution contient par conséquent deux centigrammes de ce sel.

Il sera prudent de commencer par un quart de seringue et progresser tous les deux ou trois jours.

Dans la pensée que la réunion de deux antalgiques puissants calmeront plus rapidement et plus énergiquement la douleur, M. Guéneau de Mussy recommande l'injection *loco dolenti* de quatre à cinq gouttes de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine	0 50
Sulfate neutre d'atropine.	0 01
Eau distillée	10 gr.

Injecter à doses progressives.

Cette formule est bien plus efficace que la morphine seule, et, malgré tout ce qu'on a pu dire de l'antagonisme existant entre l'opium et la belladone, la sédation est incontestablement plus rapide et plus profonde.

G.—*Chloroforme.*—L'emploi de ce sédatif puissant devait évidemment venir à l'esprit de tous les médecins témoins d'un accès d'Angine de Poitrine ; en présence de ce malade demandant un peu de calme et la suspension de cette douleur terrible, plus d'un praticien devait penser qu'il trouverait peut-être *dans le chloroforme* assez actif pour supprimer les douleurs de l'accouchement, un merveilleux auxiliaire pour dérober son malade aux élancements aigus, à la souffrance physique, en même temps qu'aux angoisses morales qui en sont une lourde aggravation. Quelques essais heureux ont été

(1) M. Henri Huchard s'élève encore avec force contre l'emploi de la cocaïne en injections sous-cutanées, contre les accès d'Angor, ce dernier médicament déterminant souvent des syncopes. Nous partageons cet avis.

faits en France (1) et en Angleterre (2), et il est évident que dans les Angines de Poitrine d'origine névralgique ou névrosique, les inhalations de chloroforme ne présentent aucun danger et peuvent amener une amélioration fort désirable. Dans ces derniers temps, M. Vergely, de Bordeaux, s'en est même fait le défenseur (3).

Remarquons cependant combien l'administration en est difficile; d'abord, ce médicament ne saurait, sans danger et sans que le médecin encoure une grave responsabilité, être employé par une main étrangère à l'art; de plus les parents reculeront devant son emploi. Il faut donc que le praticien soit présent à chaque retour offensif du mal et qu'il l'emploie dès le début autant que possible et cela est rarement possible en ville. Mais enfin, supposons qu'il arrive à temps; il administre le chloroforme; le danger semble s'éloigner, on le croit conjuré pour longtemps; le médecin court à d'autres malades, recommandant le calme, le repos, le silence, et voici qu'à peine éloigné, l'accès reparaît subit, foudroyant; où retrouver le médecin? On voit combien, dans un mal instantané, arrivant avec plus de rapidité que l'*aura epileptica* elle-même, l'administration du *chloroforme* offre un secours difficile et précaire!

Pour nous, nous croyons que dans l'Angine de Poitrine névralgique ou succédant à une autre névralgie, dans l'Angor névrosique, dans tous ceux enfin où on est sûr qu'il n'existe point de désordres cardiaques, d'altérations organiques du cœur, de son enveloppe, de ses vaisseaux, il n'y a aucun danger à recourir à ce moyen puissant du chloroforme versé *largà manu* sur un mouchoir; il faut en cette occasion agir vite ou pas du tout.

Mais, dans tous les cas où on sera certain d'avoir devant soi une Angine accompagnant une aortite, des lésions du cœur ou des coronaires, une endocardite, une névrite cardiaque; dans tous ceux même où il y aura une incertitude dans le diagnostic, il sera prudent de s'abstenir, car le chloroforme, en ralentissant, après la période d'accélération du pouls, les battements du cœur, pourrait augmenter l'ischémie cardiaque et déterminer une syncope mortelle. M. Lié-

(1) Carrière. — Note sur l'application des anesthésiques au traitement de certaines névroses (Bullet. de Thér. 1852).

(2) Balfour — Upon Ang. Pect. and others forms of cardiac pains. In Clinical lectures of the hearth and aorta, 1876, p. 280.

(3) Vergely. — Loco citato.

geois recommande également de ne pas dépasser la période d'excitation (1).

Il en est autrement du chloroforme employé localement et comme moyen adjuvant, en mettant *loco dolenti* une compresse de linge pliée en quatre, imbibée au préalable d'eau tiède, fortement imprégnée ensuite de chloroforme; une couche de ouatte épaisse est mise par dessus et soutenue avec une serviette faisant le tour du corps. L'action sédative du chloroforme est plus prompte encore si cette application se fait après une apposition de ventouses simples ou scarifiées. L'impression en est fort douloureuse, il est vrai, dans ce cas, mais les malades souffrent si atrocement qu'une douleur extérieure, quelque insupportable qu'elle soit leur paraît de beaucoup préférable à celle qui les torture à l'intérieur et les épouvante si profondément.

En définitive, le médecin appelé *pour la première fois* auprès d'un malade atteint d'Angine de Poitrine ne saurait demeurer témoin impassible de l'accès. Interroger son malade, rectifier les commémoratifs, savoir à quelle variété il a affaire est un travail inutile, dangereux même pour le sujet dont un pareil examen exagérerait les souffrances ; il n'a qu'une chose à faire tout d'abord, calmer les douleurs intolérables dont il est témoin; c'est pour cela surtout qu'on réclame sa présence; or, la thérapeutique, nous devons le dire, a fait depuis quelque temps des progrès, ou si l'on veut, des découvertes si considérables que cette assistance, ce secours désirés, il est à même de les procurer rapidement. On peut aujourd'hui, avec les inhalations de nitrite d'amyle, enrayer très souvent un accès, et avec les injections de morphine ou de tribromure d'allyle calmer rapidement les douleurs, suspendre les spasmes, procurer au malade quelques instants de tranquillité et en remplissant enfin ce rôle magique ou divin « *Sedare dolorem* » arracher même son malade à la mort.

Il existe en effet des organismes si délicats qu'ils ne sauraient, sans se briser, supporter une souffrance dépassant un certain degré ; au-delà survient une syncope mortelle. Or, le nitrite d'amyle surtout prévient ce résultat fatal en activant la circulation du cœur, en augmentant sa force, sa tonicité, ses impulsions, en lui donnant du ressaut pour combattre et vaincre l'ischémie.

Nous allons indiquer à présent tous les moyens accessoires ou

(1) Ch. Liégeois. — Revue méd. de l'Est, loco cit. p. 113.

adjuvants à y joindre en passant en revue le traitement des différentes Angines et les médicaments qui ont procuré les résultats les plus heureux.

2° — Traitement des diverses classes d'Angine de Poitrine en particulier

Nous venons d'indiquer le traitement de l'accès en général; il nous reste à tracer le traitement spécial à chaque variété. Pour y arriver nous suivrons pas à pas la division que nous avons établie d'après l'étude des causes, et cette méthode nous permettra d'entrer dans des détails importants extrêmement utiles, puisqu'il s'agit de prévenir le retour des accès, et, par conséquent, de guérir souvent le sujet.

A et B. — TRAITEMENT DE L'ANGINE DE POITRINE NÉVRALGIQUE ET DE L'ANGOR NÉVROSIQUE

A. — Dans l'Angine de Poitrine Névralgique d'origine traumatique, indépendamment des moyens que nous venons d'énumérer à employer pendant l'accès, afin de le faire cesser le plus promptement possible, il est urgent de combattre, d'apaiser tout d'abord la névralgie brachiale initiale, puisque c'est grâce à son retentissement extrême et à sa violence que survient l'accès d'Angor. M. Tillaux (1) nous donne à cet égard les conseils suivants :

« Commencer par des applications froides, des compresses imbibées de chloroforme, des vésicatoires, des injections sous-cutanées, etc. Si ces premiers moyens échouent, avoir recours à la cautérisation actuelle ou potentielle. En cas d'insuccès, faire la section sous-cutanée du nerf, si elle est praticable, en suivant ce précepte formulé par Malgaigne : « Couper au-dessus de l'origine de toutes les branches douloureuses. »

On sait que plusieurs médecins anglais, américains et italiens, disent s'être bien trouvés de l'élongation des nerfs pour apaiser ces névralgies. Nous ne croyons pas que cette méthode ait jamais été appliquée dans cette occasion particulière, mais il est bien démontré aujourd'hui que le calme procuré par l'élongation n'est que passager et que la résection seule du nerf procure un apaisement durable. L'ablation des névromes douloureux adhérents à la cicatrice et à la

(1) Tillaux. — Des affections chirurgicales des nerfs. Thèse d'agrégation, 1866.

peau est absolument nécessaire lorsque les élancements douloureux finissent par amener la cardiopathie, et quand l'emploi des moyens purement médicamenteux ne suffit pas pour éteindre cette dernière. Nous avons en effet, dans notre chapitre traitant des Angines de Poitrine par causes traumatiques, donné des exemples (observation x, p. 53) où le traitement par le bromure de potassium et le séjour aux eaux de Néris conseillés par M. Verneuil et M. Potain, ont procuré la guérison. Ce ne sera donc qu'après l'inutilité de leur emploi qu'on aura recours aux opérations chirurgicales.

Je ne crois pas que l'acupuncture qui, dans les mains du Dr Riberi, (observation XIII) a donné un résultat si brillant dans une Angine de Poitrine apparue après une saignée malheureuse au pli du bras (le nerf avait, sans aucun doute, été lacéré), ait été employée depuis ce praticien ; du moins, je n'en ai trouvé aucun exemple dans les auteurs.

B. — *Angine de poitrine des nouvelles accouchées.* — Jusqu'ici la science n'a pu recueillir que les deux observations du Dr Armaingaud. Mis en présence de cette dangereuse complication, l'honorable praticien de Bordeaux a employé l'appareil à courants continus du Dr Onimus. Il a appliqué le pôle positif au niveau du cœur, après s'être préalablement assuré que ni cet organe, ni ses vaisseaux n'étaient lésés, et le pôle négatif sur le point douloureux vertical (sixième vertèbre cervicale et les deux premières dorsales). C'est le plus fort courant ascendant que puisse donner l'appareil électro-médical Onimus. Au bout de trois minutes, disparition subite de l'accès ; le courant est maintenu pendant huit minutes encore. Mais l'Angor ne reparaît plus et le bromure de potassium, à la dose de deux grammes par jour, achève la guérison.

Dans l'autre cas d'Angine de Poitrine, chez une femme récemment accouchée, M. Armaingaud avait été moins heureux et la femme était morte malgré l'emploi du bromure de potassium et des perles de térébenthine.

Mais en 1875 et en 1877 on ne connaissait pas les bons effets qu'on pouvait retirer de l'emploi des inhalations de nitrite d'amyle et on comprend aisément combien notre confrère dut se sentir désarmé en présence d'une complication foudroyante contre laquelle la tradition et la science ne l'avaient pas prémuni. Aujourd'hui, avec les nouvelles conquêtes thérapeutiques que la science fait chaque jour, on lutterait avec plus d'avantages, et les injections de morphine ou

de tribromure d'allyle, les inhalations de nitrite d'amyle, l'administration de la trinitrine constitueront des ressources précieuses pour enrayer le mal.

Ressources immenses en effet, et je le répète, car il s'agit ici de relever au plus vite l'organisme déjà affaibli par la déglobulisation du sang pendant la grossesse; on comprend, du reste, qu'après les douleurs angoissantes, surhumaines de l'accouchement, qu'après une hémorrhagie plus ou moins abondante, tout languisse et reste affaissé dans la circulation nerveuse, et que la moindre syncope devienne mortelle. M. Armaingaud explique de cette façon bien des morts foudroyantes survenant après l'accouchement, et peut-être n'a-t-il pas tort? Un Angor soudain, une ischémie-anémie subite, pour employer un terme cher à M. Liégeois, déterminant une syncope fatale, ne légitime-t-elle point la mort plus facilement et plus rationnellement qu'une embolie se produisant sans phlébite, sans aucun signe d'inflammation et qu'on regarde trop souvent comme l'unique cause des morts subites des nouvelles accouchées?

Le danger conjuré, les premiers accès enrayés, le médecin respire et il peut recourir simultanément, en les alternant, au bromure de potassium et aux excitants diffusibles dont nous allons parler tout à l'heure.

B. — Les Angines de Poitrine névralgiques ne reconnaissant pas de causes traumatiques, peuvent être, avons-nous dit, *(a)* essentielles, ou succéder à d'autres névralgies *(b)*.

a. — C'est principalement dans cette variété et dans l'Angine Névrosique que l'*Electricité* a eu des succès, surtout dans les mains de Duchenne, de Boulogne, qui s'en est servi le premier contre cette maladie en pratiquant l'électrisation cutanée de la région précordiale pendant l'accès.

Duchenne l'essaya la première fois chez un nommé Pérone, corroyeur d'une forte constitution, légèrement rhumatismal, âgé de cinquante ans, atteint sans cause connue d'une Angine de Poitrine grave et rebelle à tous les moyens précédemment employés. Le malade en était arrivé à ne pouvoir marcher et se baisser sans en avoir un accès.

La faradisation cutanée occasionna une douleur si atroce, accompagnée d'un cri si fort que Duchenne suspendit la marche de l'appareil. Mais la douleur primitive avait disparu en même temps que les fourmillements et élancements au bras gauche. Un nouvel accès

provoqué par la marche fut également interrompu instantanément par l'électrisation. En la renouvelant à des intervalles éloignés de plus en plus, l'Angor disparut et le malade put reprendre son pénible métier.

De nouvelles expériences tentées avec Aran, renouvelées par Ed. Becquerel (1), Bouillet, Van Holsbeek (2) eurent des succès confirmatifs.

Duchenne attribuait ces nouveaux effets à l'énorme perturbation portée dans l'innervation avec la rapidité de l'éclair par l'électrisation ou peut-être à une action spéciale électrique sur le système nerveux.

Et cependant cette méthode de traitement a été abandonnée parce que, suivant l'opinion de M. Liégeois (3), elle peut exposer à un accident redoutable, l'arrêt instantané des accidents rhytmiques du cœur, et parce que, d'après M. Huchard (4), elle ne peut rien contre la douleur et qu'elle est même capable de la provoquer ainsi que M. Duchenne et M. Dujardin-Beaumetz en citent chacun un exemple (5).

Quant aux courants continus, ils produisent de bons résultats sans exposer aux mêmes dangers. Voici ce qu'en dit M. H. Huchard dans son mémoire.

« Eulenburg (de Berlin) emploie les courants constants, en plaçant le pôle positif au sternum et le pôle négatif au cou sur le trajet du sympathique. Huebner (6) affirme qu'il a fait cesser les accès d'angine de poitrine par la galvanisation du sympathique et du plexus cardiaque. Lœwenfuld (7) cite le fait d'une angine de poitrine qui revenait à peu près tous les mois avec une intensité extrême ; les courants continus furent appliqués une minute de chaque côté du cou, sur le trajet du pneumo-gastrique, et produisirent une sédation immédiate. Ce traitement fut renouvelé dix fois en trois semaines, et depuis deux ans le malade n'eut plus une seule attaque.

« Dujardin-Beaumetz rapporte de son côté le cas d'un malade chez lequel la douleur de la main, puis de l'avant-bras et du bras précédait de quelques instants celle de la région précordiale. Aussitôt qu'on appliquait les courants continus descendants sur le membre supérieur gauche, on arrêtait la progression de la douleur, et le patient avait été frappé de ce fait curieux que, lorsqu'on

(1) Becquerel et Bouillet. — Comptes-rendus de l'Académie des sciences, février, 1869.

(2) Van Holsbeck, cité par Nivelet de Commercy. — De l'électrisation généralisée, 1869.

(3) Ch. Liégeois. — Revue médicale de l'Est, p. 110.

(4) H Huchard. — Mémoire cité, p. 114.

(5) Dujardin-Beaumetz. — Leçons de thérapeutique.

(6) Huebner, Deutch. Arch. für klinische Med., XIIe vol., 1874.

(7) Lowenfuld, Electrothérapie dans l'angine de poitrine (Aaerzliches Intelligenzblatt, 1881, n° 39).

plaçait le courant autour de l'épaule, on coupait pour ainsi dire la névralgie brachiale dans sa marche ascendante « en formant une sorte de barrière qui s'opposait au développement des accès douloureux du côté du cœur et de la poitrine (1).

« De mon côté j'ai vu, en 1879, avec M. Maurice Raynaud, qui m'avait fait l'honneur de m'appeler, un malade goutteux atteint d'affection aortique et d'angine de poitrine, dont les accès douloureux ont été singulièrement amendés par l'emploi des courants continus. Ces accès étaient si violents qu'ils faisaient craindre à bref délai un dénouement funeste. »

On connaît le succès obtenu par M. Armaingaud, de Bordeaux (2).

OBSERVATION CXLVIII

(Résumée par le Dr Huchard)

« Enfin, on peut employer concurremment les courants induits et les courants continus, comme il résulte d'une observation que j'ai rapportée en 1879 dans l'*Union médicale*.

« Il s'agissait d'un malade en proie à des accès extrêmement violents et aigus d'angor pectoris, lesquels présentaient à leur suite la plupart des symptômes d'une paralysie du nerf pneumogastrique : dilatation de l'estomac, congestion broncho-pulmonaire, précipitation extrême du pouls sans fièvre, etc. Le malade était mourant. M. Onimus, que nous avions fait appeler, employa l'électricité de la manière suivante :

« Courants induits, interruptions très espacées, trois secousses en deux secondes, soit 90 en une minute. Les pôles étaient appliqués, soit les deux ou un, au voisinage du pneumogastrique, soit l'un en cette région et l'autre sur la région précordiale. La durée ne dépassait pas deux minutes sans qu'on mît un certain intervalle avant de recommencer l'électrisation. Chaque fois, on électrisait en même temps et spécialement vers la fin de la séance avec des courants continus ; après cela, le pôle positif était appliqué sur la nuque, aussi haut que possible, et le pôle négatif était placé d'abord sur le cou, puis, pendant un temps plus long, sur la région précordiale progressivement du côté de la pointe et du côté de la base du cœur.

« Sous l'influence de ces pratiques d'électrisation, l'amélioration fut très rapide ; le pouls, qui était à 150, était descendu à 90 ; le malade, qui était presque mourant, avait pu même se lever ; mais quatre jours après, les accidents reprirent une nouvelle acuité et l'emportèrent rapidement.

B. — « L'*aimantation* a été employée pour la première fois par Laënnec, qui appliquait deux plaques d'acier fortement aimantées, l'une sur la région précordiale gauche, l'autre dans la partie opposée du dos, de manière que les pôles fussent exactement opposés et que le courant magnétique traversât la partie affectée.

« Ce moyen, ajoute Laënnec, a réussi entre mes mains plus souvent qu'aucun

(1) Dujardin-Beaumetz, Leçons de clinique thérapeutique, 1878, t. I, p 162.

(2) Armaingaud, loc. cit., p 10.

autre à diminuer les angoisses de l'angor pectoris et les douleurs cardiaques, et à en éloigner le retour (1). »

C. — *La métallothérapie* interne et externe a eu des succès dans les mains du Dr Burq, et des Drs Garel, de Lyon et Dubois (de Villers Bretonneux). Nous avons (pag. 106 et 107) reproduit les observations intéressantes de ce dernier. Le cas de M. Burq est relatif à un angoreux diabétique arthritique et névropathe à la fois. Le trouvant sensible au cuivre, M. Burq lui donna tous les jours de 4 à 16 centigrammes de bioxyde de cuivre, puis l'envoya à Vichy. Sous cette double influence, les accès d'Angor devinrent moins fréquents et le sucre disparut des urines du malade (2).

Voici l'observation du Dr Garel (3).

OBSERVATION CXLIX

Le malade observé par M. Garel était un homme de cinquante-quatre ans, porteur d'affection cardio-aortique (souffle systolique à la pointe et dédoublement du second bruit, souffle diastolique à la base) et qui, atteint d'angine de poitrine à accès répétés, présentait une anesthésie du bras gauche ; l'application du laiton et surtout de l'or, d'un aimant et de courants électriques faibles ramenait, chez cet homme, assez rapidement la sensibilité dans les parties anesthésiées.

Pendant que l'on faisait ces expériences dans un but de curiosité scientifique plus que de thérapeutique, on remarqua que les accès angineux avaient perdu de leur intensité. C'est alors que l'administration de 10 à 15 centigrammes d'oxyde d'or en pilules, et ensuite de 10 à 20 centigrammes d'oxyde de cuivre, diminua considérablement la violence et la fréquence des attaques d'angor, en même temps qu'elle fit revenir la sensibilité dans les parties anesthésiées. La suppression de cette médication était marquée, au contraire, par la réapparition des accès.

Mais dans les angors *névralgiques*, comme dans les *névrosiques*, nous possédons, dans le bromure de potassium, le chloral, les injections de morphine, l'aconitine, le nitrite d'amyle, aidés ou non par l'hydrothérapie, des ressources médicales autrement actives que les précédentes.

D. — *Chloral.* — On a également songé au *chloral* avec l'espoir de

(1) Laënnec, t. III, p. 352.

(2) Burq. — La métallothérapie à Vichy, Paris, 1880.

(3) J. Garel (de Lyon), Contribution à l'étude de la métallothérapie interne (Revue médicale de médecine et de chirurgie, t. IV, 1880, p. 431-444).

calmer la douleur et de procurer du sommeil aux sujets atteints d'Angor névralgique. Le chloral, en effet, a des propriétés *anticonvulsives* encore plus certaines que ses propriétés anesthésiques et somnifères. Donné à dose suffisante, on obtient avec lui en très peu de temps une sédation générale très prononcée et assez rapide ; mais on lui préfère aujourd'hui, à cause de l'énergie et de la rapidité de leur action, les injections de morphine et le nitrite d'amyle ; aussi le chloral est-il généralement abandonné. Son usage n'était pas du reste sans inconvénient. M. Huchard lui reproche de provoquer « un ralentissement qui ne peut être imputé à une excitation des nerfs pneumogastriques, puisqu'il se produit même après la section de ceux-ci, ni à une excitation des appareils modérateurs cardiaques, puisqu'après leur parésie déterminée par l'atropine, les battements du cœur continuent toujours à se ralentir sous l'influence du chloral, mais bien plutôt à une diminution de l'excitabilité des ganglions moteurs cardiaques ou encore à une sorte de parésie du centre vaso-moteur bulbaire (Vulpian).

» Enfin ce médicament donne encore lieu à deux phénomènes importants, à la dilatation des vaisseaux périphériques par parésie vaso-dilatatrice, et à la diminution souvent considérable de la tension sanguine. Il ne faut cependant jamais oublier que le chloral détermine non seulement un ralentissement, mais aussi certain affaiblissement des contractions cardiaques, qu'à toutes doses il est un poison du cœur, et qu'il arrête cet organe en diastole ; d'où la contre-indication de son emploi dans tous les cas de dégénérescence ou de débilité du cœur, d'où encore le précepte de ne jamais l'ordonner à doses massives ; aussi nous pensons que les doses de un à deux grammes en potion ou en lavement sont ordinairement suffisantes ». « A cette dose, du reste, son action de ralentissement sur le cœur n'est pas appréciable, dit M. Liégeois (1), et cependant son action vaso-motrice parésique devient déjà évidente. »

E. — *Bromure de Potassium.* — Pour ceux qui regardent l'Angine de Poitrine comme une névrose du nerf vague, ou du moins de celles de ses branches qui se distribuent au cœur ; pour ceux qui expliquent les irradiations douloureuses de l'accès dans les bras, dans la poitrine et dans le cou par la participation au spasme des nombreux rameaux d'origine spinale venant de la région cer-

(1) Ch. Liégeois. — Revue méd. de l'Est, 1883, p. 115.

vicale et de la partie supérieure dorsale de la moëlle, le bromure de potassium devait apparaître comme une ancre de salut en raison de ses propriétés sédatives si universellement reconnues. Ceux pour qui l'Angor est un processus irritatif, un éréthisme réel, dont le point de départ est dans les centres spinaux d'où partent les filets venant former le plexus cardiaque, ont cru de leur côté trouver dans le bromure de potassium un médicament providentiel faisant succéder le calme le plus complet au plus violent orage. Il y avait spasme, hyperkinésie du cœur, donc il était indiqué et devait réussir!

Mais les partisans de la théorie de l'Angor par ischémie cardiaque répondent au contraire que l'emploi du bromure de potassium est dangereux dans cette maladie parce qu'il paralyse le cœur, aussi bien que les autres muscles, qu'il en ralentit les battements et le prédispose à la syncope. Selon eux, dans une affection où l'indication suprême est de donner au myocarde de l'énergie, de l'activité, de la vigueur, le bromure de potassium, en déterminant au contraire l'oligémie cardiaque et en diminuant la contractibilité des vaisseaux y afférents ou en émanant, ne peut qu'aggraver les accès et les rendre plus violents.

L'exposition impartiale et rapide de ces deux opinions contradictoires, nous démontre déjà dans quelles circonstances et dans quelles variétés d'Angine de Poitrine le bromure de potassium trouvera principalement son application utile. Ce sera surtout dans les Angors Névrosiques et Névralgiques que ses effets thérapeutiques seront le plus favorables quand il s'agit de ralentir, comme le fait la digitale les battements du cœur et de rendre moins énergiques les fonctions du myocarde. Il sera utile également dans les cas s'accompagnant d'arythmie fonctionnelle du cœur, c'est-à-dire quand il y a fréquence ou intermittence du pouls et palpitations d'ordre nerveux. Il est, au contraire, théoriquement dangereux dans l'Angor de cause organique en favorisant l'ischémie cardiaque (Ch. Liégeois).

Nous ne devons pas omettre ici que plusieurs praticiens dans les Angors névralgiques et névrosiques ont eu l'idée d'associer le *chloral et le bromure de potassium* dans un sirop quelconque, dans l'espérance qu'ils obtiendraient de cette union des effets sédatifs bien plus accentués que ceux obtenus par un seul de ces médicaments.

F.— *Inhalations d'oxygène.* — Quelques auteurs ont eu à s'applaudir d'avoir eu recours pendant les accès aux inhalations d'oxygène

Nous citerons parmi ceux-là Reid (1). On a expliqué ces effets heureux par son action directe sur les centres accélérateurs du cœur (E. Cyon) (2), qui ranime la circulation d'après Aune (3) et G. Hayem (4).

G. La découverte et l'application du chloral et du bromure de potassium ont laissé dans l'ombre les anti-spasmodiques qui constituaient jadis la principale ressource de nos prédécesseurs, par exemple, les *préparations de zinc* (oxyde, lactate et valérianate) aujourd'hui bien déchues de leur ancienne renommée, l'*acide prussique*, qu'avec Elliotson on considérait comme un sédatif des systèmes nerveux et circulatoires, tandis que Trousseau et Pidoux en font un excitant des centres nerveux et lui refusent toute influence sur la circulation, l'*aconitine* bien moins efficace dans la maladie qui nous occupe que dans les névralgies faciales. Bien dédaignés sont également aujourd'hui l'assa fœtida, le musc, le castoreum en poudre ou en teinture, la valériane et le camphre qui ralentissent la circulation et favorisent la syncope que le médecin s'attache surtout à prévenir.

La mélisse, la liqueur d'Hofmann, l'ammoniaque ou l'acétate d'ammoniaque, peuvent être prescrits utilement car tous ces agents sont ou des antalgiques ou des excitants de la circulation générale (5).

M. Ch. Liégeois, dans l'angine névralgique de la maladie de Basedow, préfère aux médicaments, dont il craint les effets cardio-vasculaires, la sinapisation de la région précordiale (6); nous savons que ce moyen lui a parfaitement réussi chez la jeune fille de notre observation LXXVIII, p. 149-150, dont nous lui avons emprunté la relation et à propos de laquelle il vient de publier tout récemment une revue clinique et thérapeutique des plus complètes. (7)

---

(1) Reid. — On the use of oxygène gaz in Ang. Pect. in Transac., of the Association of Physicians. Dublin 1877, t. I, p. 101.

(2) Cyon. — Acad. des Sc., 20 février 1882.

(3) Aune. — Effets phys. des inhal. d'oxygène. Th. doct. Paris 1880.

(4) Hayem. — Acad. des Sc., 2 mai 1881.

(5) Ch. Liégeois. — Revue médicale de l'Est, p. 86.

(6) Ch. Liégeois. — Traitement du goître exophthalmique. — Revue générale de clinique et de thérapeutique. Paris, 1887,

(7) Ch. Liégeois. — Observation d'un cas de goître exophthalmique. — Analyse du fait au triple point de vue symptomatique, étiologique et thérapeutique. Revue médicale de l'Est, 1887.

H. — *Hydrothérapie.* — C'est encore dans les angines névrosiques que réussissent les bains tièdes ou frais conseillés par Laënnec comme un des meilleurs moyens pour prévenir les accès, et l'hydrothérapie, que divers auteurs : MM. Béni-Barde, Keller, Thermes, Delmas vantent comme leur ayant donné des succès inespérés dans des cas rebelles, mais qui probablement étaient des angors hystériques, neurasthéniques, anémiques ou hypocondriaques. Ainsi, M. Péter (1) conseille d'employer d'abord le drap mouillé, puis les lotions à l'éponge, en troisième lieu les douches en jet sur la colonne vertébrale, le tronc et les membres, et enfin les bains de piscine.

A côté de ces partisans de l'hydrothérapie, il est des auteurs qui la proscrivent de la manière la plus formelle. Ainsi, pour M. G. Sée, partisan de l'ischémie cardiaque, c'est un moyen dangereux qui peut ramener les accès, et même provoquer un arrêt du cœur.

D'où vient cette divergence d'opinions entre des médecins également recommandables ? De ce que les partisans de l'hydrothérapie l'ont préconisée dans toutes les variétés d'angine sans appuyer suffisamment sur la distinction entre les angines par causes organiques et celles qui n'en dépendent point.

L'hydrothérapie doit être absolument bannie du traitement des premières, car elle exposerait aux plus grands désastres et les paroles suivantes d'un auteur fort compétent, M. Delmas, nous le font bien comprendre : (2) « Sous le premier choc de l'eau froide, les mouvements du cœur, très précipités pendant quelques secondes à peine, vont ensuite se ralentissant de plus en plus. Et il faut tenir compte de cette double action dans tous les cas où une lésion cardiaque peut être soupçonnée. Alors l'application de l'eau froide serait dangereuse. » Il est bon en outre, d'après ce médecin distingué, de ne pas employer de l'eau à trop basse température ou d'en appliquer le jet trop brusquement ou d'une façon trop prolongée, car le ralentissement du cœur, assez long à se produire, dure d'autant plus longtemps que la douche a été plus longue.

M. H. Huchard fait aussi à ce sujet quelques recommandations utiles à rappeler : « N'employer que des douches légères de très courte durée, à jet brisé, et arriver progressivement à la douche froide

(1) Péter. — Clinique médicale.

(2) Delmas. — Journal de Médecine de Bordeaux, 30 mai 1886.

à 24°. Ne doucher qu'en dehors des accès; ne pas diriger au début le jet sur la paroi précordiale, mais bien sur les membres inférieurs et si on se hasarde à lancer le jet à la région précordiale, ne faire que l'effleurer. »

Dans tous les cas agir avec une prudence excessive surtout au début; en un mot, explorer le terrain, l'idiosyncrasie, car de même que dans la pratique on trouve des individus réfractaires à l'action des iodures, des bromures, ou du nitrite d'amyle, de même aussi on rencontre des sujets dont les accès quoique d'origine absolument névrosique reparaissent aussitôt qu'on les douche, surtout quand on se sert d'eau froide.

Mais en général, d'après M. Huchard, le froid semble soulager cette classe d'angoreux, et il a, dans trois cas, diminué l'intensité de la douleur en employant les pulvérisations d'éther sur la paroi précordiale et préaortique aussi bien que sur la région cervicale de la moëlle.

Dans les trois observations inédites qui suivent et que nous devons à l'obligeance du Dr Thermes, nous voyons l'hydrothérapie, unie il est vrai à d'autres moyens, soulager rapidement le premier des malades et améliorer grandement le second, morphiomane invétéré qui refuse de cesser les injections et finit par mourir.

OBSERVATION CL

(Inédite et due à l'obligeance du Dr Thermes, de Paris)

Nervosisme. — Hypochondrie légère. — Angina minor. — Hydrothérapie. — Massage. Guérison.

M. X...., âgé de 35 ans, nous est adressé par un de nos amis. Il se plaint d'insomnie, est devenu émotif, irritable, triste; et cela, sans raisons sérieuses. Il n'y a chez lui ni arthritisme, ni alcoolisme, ni tabagisme, peut-être y a-t-il du théïsme, car ce monsieur prend du thé à ses trois principaux repas, en tout cas, l'hérédité nerveuse existe.

A la suite d'un voyage en Algérie, nécessité par ses affaires industrielles et durant lequel, outre le mal de mer, à l'aller et au retour, il éprouva des fatigues nombreuses et dut suivre un régime alimentaire peu en harmonie avec ses goûts et ses habitudes, l'état névropathique s'aggrava; la pointe d'hypocondrie s'accentua; de plus, les digestions devinrent lentes, difficiles, douloureuses, et le malade se plaignit de palpitations, d'essoufflements légers.

Outre un traitement anti-dyspeptique, des pratiques hydrothérapiques furent conseillées. M. X..... se rendit à Houlgate où il passa un mois, sans prendre de bains de mer, mais en se faisant doucher à l'eau de mer, en dehors de toute direction médicale.

Le malade ne parut retirer aucun bénéfice de ce traitement; les digestions

furent, il est vrai, un peu moins pénibles, mais les palpitations persistèrent, surtout après la marche ; l'insomnie ne cessa pas, le nervosisme sembla même s'accentuer, tous phénomènes qu'il faut sans doute attribuer non pas seulement aux douches à l'eau de mer, mais encore à l'excitation générale produite par le climat marin.

Puis le nervosisme s'accentua davantage ; un matin, étant au temple, à Houlgate, M. X.... se plaignit de gastralgie plus violente, de douleur précordiale, présternale, s'irradiant vers l'épaule gauche et s'accompagnant d'anxiété et d'angoisses. Le malade crut qu'il allait se trouver mal ; il n'éprouva cependant ni lipothymie, ni syncope, eut le temps de sortir. de s'asseoir au grand air. On lui fit respirer de l'éther et tout rentra à peu près dans l'ordre.

On pensa à un accès de gastralgie avec névralgie intercostale gauche.

Tel fut le récit qui nous fut fait par le malade, en octobre 1880.

En présence de ce syndrôme, de l'accès subit, du siège de la douleur, de l'anxiété, de l'absence de troubles hépathiques, il nous parut que nous étions en présence d'un état névropathique — (nous ne dirons pas cérébro-cardiaque, le vertige manquait, et il faudrait encore ajouter cérébro-gastrique) — ayant déterminé une attaque d'angine idiopathique, à point de départ gastrique (1).

Nous conseillâmes, en conséquence, des pratiques hydrothérapiques légères, adoucies, combinées aux frictions et au massage gastro-intestinal, un régime hygiénique, plutôt qu'un traitement de la dyspepsie avec gastralgie.

Il y eut alors amélioration de l'état général, amendement dans les troubles fonctionnels cardiaques et dans les phénomènes dyspeptiques.

Nonobstant, trois nouveaux accès d'angine névrosique dyspeptique eurent lieu dans l'intervalle de cinq semaines ; et, fait qui attira notre attention, ils apparurent, toujours le dimanche, dans la matinée, au temple protestant, mais cette fois à Paris. Les symptômes étaient identiques à ceux constatés à Houlgate; mais, en outre, la douleur épigastrique s'irradiait vers le flanc gauche et le pli de l'aine du même côté. Deux fois, M. X..... eut le temps d'arriver à notre cabinet avant la fin complète de l'accès — le temple n'étant pas éloigné de notre domicile. Nous constatâmes alors de l'angoisse, notâmes de l'engourdissement au bras gauche, des pleurs abondants et des évacuations de gaz. Une fois même, il rejeta quelques bouchées d'aliments. Le pouls était accéléré, concentré, sans intermittences. Quant aux urines, elles étaient claires et limpides.

De ces trois accès, le premier céda assez rapidement aux inhalations de nitrite d'amyle que nous avions conditionnellement conseillées. Les deux autres suivirent leur cours et durèrent quatre à cinq minutes.

Une question se posait. Pourquoi, en dehors des conditions pathogéniques, ces accès revenaient-ils périodiquement, toujours un dimanche, dans la matinée et au temple ? De l'enquête à laquelle nous nous livrâmes, nous pensâmes en trouver la cause occasionnelle dans l'état de plénitude de l'estomac et dans l'influence d'un milieu ambiant.

M. X....., en effet, se rendait tous les dimanches au temple protestant, vers dix heures ; mais auparavant, et vers neuf heures, il déjeunait assez copieuse-

(1) M. Huchard vient de présenter (mars 1887) à la Société de Médecine des Hôpitaux une observation d'Angine de Poitrine, mais grave cette fois, à début identique.

ment. Il n'avait donc pas le temps de faire une promenade après le repas comme aux autres jours de la semaine ; en outre, il se trouvait dans un milieu surchauffé — (nous étions fin novembre) — et dont l'air était vicié. Il y avait donc, selon toute apparence, troubles dans la circulation et surtout la digestion ; de là l'explosion douloureuse et celle-ci partait de l'estomac. Ajoutons que dans l'intervalle des attaques, l'état général était assez bon. Quoi qu'il en soit, nous voulûmes prendre l'avis de notre maître, le professeur Potain. Son opinion fut qu'il s'agissait, en effet, d'une Angine de Poitrine essentielle, névralgique, chez un névropathe, sans altérations aortiques, préaortiques, ni des nerfs du plexus cardiaque. Il prescrivit de continuer les pratiques hydrothérapiques, conseilla un régime hygiénique sévère et un élixir eupeptique.

Nous insistâmes, à notre tour, pour que le malade ne se rendît plus au temple, au moins pendant quelque temps.

Sous l'influence de cette hygiène thérapeutique et de cette médication simple, les fonctions digestives se régularisèrent, les palpitations cessèrent, l'état général, déjà meilleur, s'amenda encore ; un seul accès survint à la suite d'un dîner, avec soirée, que M. X..... ne put éviter. L'hiver se passa sans autre encombre ; l'hydrothérapie fut suspendue en janvier et février, pour être reprise, sans autres médicaments, en mars et en avril 1881. M. X..... se rendit ensuite à la campagne, satisfait de sa santé.

Depuis cette époque, nous avons eu l'occasion de revoir M. X..... Les accès n'étaient plus revenus, et la vie ordinaire avait été reprise.

OBSERVATION CLI

(Inédite, par le Dr Thermes)

Hystérie chez un jeune homme. — Fausse Hydrophobie. — Angine de Poitrine neurasthénique. — Hydrothérapie. — Guérison datant de dix ans.

M. X..., âgé de dix ans, tempérament lymphatico-nerveux, a été mordu par un chien, en septembre 1876, dans une rue de Dieppe. Ce jeune homme, fortement impressionné, et persuadé que le chien était enragé — idée qu'un examen ultérieur vint heureusement démentir — fut pris, à partir de ce jour, d'émotivité et de crises nerveuses avec envie de mordre et crainte de l'eau.

Il est conduit à Paris, soumis à l'examen de médecins, et en particulier de M. le professeur Charcot qui conseilla les pratiques hydrothérapiques et diagnostiqua « *hystérie avec fausse hydrophobie.* »

Le jeune malade fait tout d'abord de l'hydrothérapie, comme externe ; *mais le bruit de Paris, la nécessité de passer chaque jour devant l'église de la Trinité où existe un jet d'eau,* l'excitant singulièrement, il est décidé qu'il entrera, comme interne, dans un établissement médical. Le nôtre est choisi.

Novembre. — Nous ne tardons pas à constater que M. X... présente des symptômes d'hystérie consistant en : *aura* partant, en général, de la partie supérieure externe de la jambe droite — région de la morsure — suivie bientôt de raideur, puis de tremblement général du corps avec mouvements cliniques, puis de résolution.

Après un repos de une à deux minutes, quelquefois d'une demi-minute seulement, excitation générale accompagnée de mouvements d'incurvation des bras, du tronc, de bonds, de sauts, de grincements de dents, avec figure grimaçante.

Cette période de contorsions et de grands mouvements, parfois ébauchée, parfois nettement dessinée, est bientôt suivie de certaines *attitudes* indiquant la crainte et plus rarement de quelques hallucinations de la vue.

En outre, trois fois, dans l'intervalle des attaques, et paraissant coïncider avec l'émotivité, apparaissent les symptômes suivants :

Une douleur violente, ayant son siège le long du bord gauche du sternum, s'irradiant vers l'épaule gauche, à la partie interne du bras correspondant de l'avant-bras et même de la main, suivant le trajet du nerf cubital et s'étendant en haut jusqu'au cou et à la mâchoire inférieure. A cette douleur se joignent une angoisse, une anxiété extrêmes. Dans un cas dont nous fûmes témoin avec le professeur Charcot, le malade criait, pleurait, comprimait sa poitrine, puis allait et venait. Son visage était pâle et contracté.

Dans un autre accès, au dire des parents, le jeune homme courait, montait et descendait à chaque instant l'escalier conduisant à un appartement situé à l'étage supérieur et occupé par un médecin auquel il demandait à grands cris de le soulager disant « qu'il allait mourir. »

Une autrefois nous le vîmes pâle, anxieux, assis immobile, penché ou mieux courbé en avant et comprimant la région précordiale.

Dans ces deux accès, les mouvements respiratoires et cardiaques étaient sinon normaux, du moins à peine modifiés. La respiration était un peu accélérée et le pouls n'était ni inégal, ni intermittent, mais plus fréquent : 85 à 95.

L'accès d'Angine se terminait par l'émission d'une urine claire et abondante comme, du reste, dans l'attaque d'hystérie.

Une fois, cependant, à la suite de ces accidents, nous constatâmes un *engorgement de la parotide gauche ;* on eût dit un oreillon unilatéral ; et la rémission ou plutôt la cessation des accès nous parut coïncider avec cette manifestation.

Ajoutons, enfin, que les accès eurent lieu le jour. Les trois accès auxquels nous assistâmes ne furent pas les seuls, cinq ou six autres plus faibles furent éprouvés par le malade ; quoi qu'il en soit, sous l'influence du traitement qui fut exclusivement hydrothérapique : douches froides, sac à eau chaude de Chapman *loco dolenti* sur la colonne vertébrale, le sac à globe ayant exagéré les douleurs, sous l'influence peut-être aussi du temps, les accès d'*angina minor* disparurent, les attaques d'hystérie cessèrent ainsi que tous les accidents intercurrents de la névrose qu'il serait trop long d'énumérer dans cette observation résumée. Aujourd'hui après dix ans, il ne reste plus que la diathèse nerveuse, c'est-à-dire un homme émotif et impressionnable, un nerveux.

OBSERVATION CLII

(Inédite, par le Dr Thermes)

Diathèse rhumatismale. — Etat névropathique. — Accès d'*Angina minor*. — Traitement hydrothérapique et électrothérapique.— Cessation des accès. — Morphiomanie. — Dégénérescence graisseuse du foie. — Hémorrhagie intestinale.— Mort.

M. X..., âgé de 48 ans, d'une bonne santé habituelle, fumeur très modéré, mais nerveux et rhumatisant, à la suite de contrariétés commerciales, fut pris un jour, après une marche rapide et en montant l'escalier conduisant à son appartement, d'une douleur profonde, accompagnée de constriction, de

pression, comme si l'on enfonçait une vrille dans sa poitrine, d'anxiété et d'angoisse. Il n'y eut ni lipothymie, ni syncope. Les docteurs Martineau et Potain diagnostiquèrent une Angine de Poitrine plutôt névralgique que névritique, sans altération aortique, ni péricardique. Ils conseillèrent les anti-spasmodiques, les pratiques hydrothérapiques ; pendant l'accès, injection de chlorhydrate de morphine. Plus tard, le docteur Martineau ajouta au traitement : l'électrothérapie (bains électriques, vent et souffle électriques).

Ce malade nous fut confié. Pendant les premiers temps de ce traitement dirigé par nous — mai et juin 1881 — il ne parut pas y avoir d'amélioration ; le malade eut plusieurs accès, toujours vers 10 à 11 heures du matin, dont voici la physionomie : une douleur présternale vers le bord gauche du sternum apparaît subitement ; elle s'accompagne d'une anxiété et d'une angoisse considérables. La figure est crispée, pâle ; le malade incliné en avant, assis, reste presque immobile ; la main gauche presse fortement la région cardiaque, tandis que la droite s'empare d'une seringue de Pravaz toujours prête et chargée et s'efforce de faire une injection *loco dolenti*. Mais voici que cette douleur interne s'irradie vers l'épaule gauche, gagne bientôt le bras, l'avant-bras et la main, en suivant le trajet du nerf cubital, si bien que le patient est forcé de laisser de côté son instrument et de remplacer par la main droite la main gauche et le bras correspondant qui ne peuvent plus conserver leur immobilité.

Durant ce temps, le pouls n'a pas subi de variation dans son rhythme, ni dans sa régularité. Il est cependant un peu plus fréquent, 90 à 95; mais il n'est ni inégal, ni intermittent.

Cependant, tous ces phénomènes ne tardent pas à s'affaiblir et, tandis que le patient s'empresse de profiter de cette accalmie pour faire son injection hypodermique de chlorhydrate de morphine (dose cinq centigrammes), on voit sa figure rougir, puis des larmes abondantes couler le long de ses joues.

L'attaque est terminée, laissant après elle un découragement profond et la crainte d'un nouvel accès.

Dans l'intervalle, la santé générale est assez bonne.

Les second, troisième et quatrième accès dont nous avons été témoin n'ont guère différé du premier, sans doute parce que notre examen détournait le patient de son injection morphinique. Le malade, en effet, prévoyant l'accès par les symptômes précurseurs d'inquiétude, de malaise, d'agitation, s'empresse, chaque fois, de faire sa bienheureuse injection ; il la renouvelle même dans la journée et la nuit, si bien qu'il est devenu morphiomane.

Après trois mois de pratiques hydrothérapiques et électrothérapiques, séparées par un intervalle d'une dixaine de jours de repos, l'amélioration s'est affirmée. Les accès se sont éloignés, sont devenus moins forts et ont fini par disparaître. Malheureusement, ce monsieur a continué plus que jamais sa morphine ; il a dû même en augmenter la dose, et celle-ci a atteint quotidiennement vingt à vingt-cinq centigrammes. Pourquoi ? Pour soulager quelques douleurs névralgiques erratiques, pour faire disparaître l'insomnie, et sans doute, pour éprouver les sensations agréables de ce poison. Quoi qu'il en soit, son état général s'est peu à peu modifié en mal ; de nombreux abcès ont couvert son corps et contribué à affaiblir son organisme. Prières, conseils, menaces, refus de continuer les visites, rien n'y a fait. Bientôt le foie s'est congestionné ; la dégéné-

rescence graisseuse est survenue, puis les hémorrhagies intestinales ont achevé de ruiner les forces et ont fini par emporter le malade victime, selon le docteur Martineau, de sa morphiomanie.

M. le Dr Liégeois a dirigé vers l'Institut hydrothérapique de Géradmer la malade de notre observation LIX, p. 147 et 118, dont il nous a fourni obligeamment la relation; cette femme, chez qui l'Angine de Poitrine, liée à l'irritation spinale, s'était montrée après des douleurs variées et des accidents névrosiques peu communs (mamelle irritable, migraine ophthalmique avec scotome amblyopique), a retiré, comme le prouve la note suivante, un grand bénéfice des pratiques hydriatiques :

« Mme P..., sur les conseils de M. Liégeois, arrive à Géradmer le 14 août, dit M. Greuell; elle éprouve encore des douleurs cervicales, des élancements douloureux dans le bras gauche, dans le sein du même côté, avec gonflement, des troubles vaso-moteurs du côté de la tête, de la véritable migraine ophthalmique gauche, avec amblyopie. Actuellement encore, Mme P... est prise presque toutes les nuits, entre onze heures et deux heures, d'un accès d'*Angor Pectoris :* douleur sternale, palpitations, angoisse, élancements douloureux dans l'épaule gauche, s'étendant dans le bras, engourdissement et *refroidissement*, non-seulement de la main gauche, mais de toutes les extrémités.

« Nous avons donc affaire à une exagération de l'excitabilité de la portion de la moëlle s'étendant entre la troisième vertèbre cervicale et la cinquième dorsale. Et, sans nous lancer dans une théorie anatomo-pathologique, nous pouvons admettre que l'irritabilité spinale s'étendait non-seulement à toutes les paires nerveuses directement intéressées, mais par action réflexe aux nerfs cardiaques par les anastomoses que ceux-ci forment avec le pneumo-gastrique et le sympathique.

« Mais l'exagération d'excitabilité s'accompagnait aussi peut-être de l'épuisement de l'irritabilité et nous devions, dans le traitement à opposer à cette neurasthénie, utiliser en même temps les applications sédatives et excitantes de l'hydrothérapie. Voici en quoi a consisté ce traitement :

« La malade devait s'éponger à grande eau la figure, la poitrine et la nuque avant de recevoir sa douche. Celle-ci était donnée matin et soir avec de l'eau dont la température ne descendait pas au-dessous de 14°. La région cervico-dorsale était douchée très-légèrement, mais le jet portait plus fort sur les régions voisines. Enfin, pour éviter autant que possible toute réaction violente, chaque douche était suivie d'une immersion dans la piscine.

« Après dix jours de traitement seulement, Mme P... se sentit beaucoup mieux. Les accès nocturnes ne revinrent plus qu'à deux ou trois jours d'intervalle, ils étaient moins longs et moins pénibles. Enfin, après un mois de séjour à Gérardmer, Mme P... nous quitta très contente de sa cure que nous aurions aimé pourtant voir prolonger encore de quelques semaines.

« Le Dr Liégeois, à qui nous avions demandé des nouvelles de cette intéressante malade, a vu Mme P... le 29 janvier 1887. Elle lui a déclaré que ses

souffrances étaient maintenant si rares et si insignifiantes qu'elle se considérait comme guérie. En novembre dernier, elle a bien eu encore un accès de migraine ophthalmique, caractérisé surtout par des douleurs hémicrâniennes gauches, mais cet accès a peu duré, et depuis lors elle n'a rien ressenti de pareil. Elle éprouve quelquefois un peu de raideur de la nuque; son estomac est assez capricieux, mais, comme elle le dit elle-même, ce sont là des phénomènes bien insignifiants et auxquels il n'y a presque pas lieu de prendre garde. Nous pensons cependant, avec M. Liégeois, que Mme P... fera bien de se soumettre l'été prochain au traitement hydrothérapique pendant un mois environ pour consolider sa cure. (1) »

Parfois les accès d'Angor Névralgiques ou Névrosiques affectent un type intermittent et apparaissent aux mêmes heures. Est-il besoin de dire que dans ce cas il est utile de recourir, pour rompre cette périodicité, au bromhydrate de quinine seul ou associé à l'aconitine?

C — TRAITEMENT
DES ANGINES DE POITRINE DIATHÉSIQUES

Ici la nature de la cause indique le traitement à mettre en œuvre:

1° Les *Angors arthritiques apyrétiques* sans manifestations articulaires aiguës réclament l'emploi de la lithine, du salicylate de lithine, des préparations de colchique, l'usage des eaux de Vichy et des eaux fortement chargées de Vals, en même temps que le traitement particulier des accès: nitrite d'amyle, injections de morphine, etc., etc.

2° Dans l'*Angor herpétique*, on aura recours à un traitement arsenical. — M. Papillaud, de Saujon, lui a dû de fort beaux succès. E. Alexander dit avoir guéri avec la liqueur de Fowler donnée à la dose de six gouttes par jour, un homme de 57 ans atteint d'une Angine de Poitrine des plus graves. Garin a recueilli un succès par le même traitement, et Tessier, de Lyon, affirme que plusieurs de ses malades lui ont dû leur cure.

Ces heureux résultats s'expliquent facilement dans cette variété d'angor; l'arsenic en effet est un excellent anti-diathésique général; mais nous nous garderons bien, d'accord avec M. Liégeois, de le conseiller dans des angines de causes organiques; car, si ce médicament est un modérateur du cœur, un régulateur de ses batte-

(1) Liégeois et Greuell. — Bienfaits du traitement hydrothérapique dans un cas d'irritation spinale à manifestations multiples (Douleurs variées, Mamelle irritable, Migraine ophthalmique, Angine de Poitrine). Bulletin médical des Vosges, avril 1887.

ments, il est bien reconnu qu'il ralentit la circulation, et dès lors, il faut s'en abstenir quand on craint de provoquer une ischémie cardiaque fatale.

3° Quant à l'Angine de Poitrine *rhumatismale pyrétique*, le plexus cardiaque étant le siège d'une hypérémie, d'une fluxion, c'est aux émissions sanguines qu'il faut tout d'abord recourir, aux émissions sanguines locales surtout.

« Il suffit, dit M. Martinet, de voir les résultats d'une pareille médication, chez ceux de nos malades où elle a été employée. Tous accusent un soulagement immédiat, et qui augmente à mesure qu'une certaine quantité de sang s'écoule. En même temps, la constriction thoracique diminue, la respiration devient plus facile, le pouls prend un peu plus d'ampleur et sa fréquence est abaissée ; peu à peu les autres symptômes s'amendent. On ne saurait trouver une meilleure preuve, ainsi que nous l'avons fait ressortir, de l'existence de la fluxion et de son siège.

» Quand on est appelé auprès d'un malade, en proie à un accès d'angine de poitrine et qu'on constate la pâleur des téguments, ces traits tirés et grippés, cet état de lipothymie, de défaillance, ce pouls misérable et irrégulier, on ne peut se défendre d'une certaine hésitation, avant de pratiquer les saignées locales ; mais pour peu qu'on veuille réfléchir à la cause organique de tous ces accidents, le mode de traitement que nous avons indiqué apparaît comme la suprême ressource ; et le résultat vient justifier la médication.

» On ne se laissera pas arrêter, non plus par le spectre de l'anémie rhumatismale, dont on a tant usé et abusé. Ce n'est pas la perte de quelques grammes de sang qui viendra accroître cette anémie, si tant est qu'elle existe, au degré qu'on a voulu le faire croire. Et le malade arraché au péril aura tout le temps de refaire les quelques globules qu'on aura soustraits à sa chair coulante.

» Voici donc la conduite qui nous paraît devoir être tenue : si l'on est appelé au début de l'attaque ou peu de temps après qu'elle a commencé, on doit faire appliquer 6 ou 8 sangsues, qu'on laissera couler au moins une heure ; la perte de sang pourra dans certains cas être proportionnée à l'état de vigueur présenté à l'état normal et avant l'attaque par le sujet, mais non à son état de faiblesse actuelle; qui n'est qu'apparente et l'une des conséquences du tétanos vasculaire.

» On pourra remplacer les sangsues par les ventouses scarifiées, au nombre de 4 à 6 ; mais leur application est difficile chez les sujets maigres, et les manœuvres qu'elles entraînent, la pression qu'elles nécessitent, doivent faire préférer, s'il est possible, l'emploi des sangsues.

» En attendant qu'on puisse recourir à l'un de ces moyens ou devant l'impossibilité matérielle d'en user, on fera promener sur la région précordiale un sinapisme, ou l'on mettra un cataplasme sinapisé aussi léger que possible.

» Enfin, et pour continuer l'action révulsive, il serait bon d'appliquer le lendemain un vésicatoire volant à la région précordiale. Son emploi pourra être renouvelé peu de jours après, s'il en était besoin et si la douleur, quoique de moindre intensité, se faisait sentir.

» En même temps, l'on pourra faire des frictions sèches ou avec des liquides stimulants, vinaigre aromatique, eau-de-vie camphrée, sur les membres : tout ce qui peut favoriser la circulation périphérique trouve là une indication utile.

» La médication interne devra surtout consister, au moment des accès, dans l'administration des stimulants diffusibles : l'éther en potion et même en injections sous-cutanées, l'acétate d'ammoniaque ; et dans leur intervalle, l'alcool et l'extrait de quinquina.

» Quand les désordres cardiaques sont trop prononcés, que l'irrégularité et l'inégalité des battements persistent après les crises douloureuses, on doit donner la digitale, mais à petites doses : 10 à 20 centigrammes en macération. On doit suspendre et même cesser complètement l'usage du salycilate de soude, si parfois on l'avait donné au début de l'attaque de rhumatisme et dans les cas où les manifestations articulaires reprendraient une certaine activité. Nous préférerions nous servir du sulfate de quinine, à la dose de 50 centigrammes à 1 gr.

« Enfin, une alimentation légère, le lait et les tisanes diurétiques formeront la base du traitement général. »

4° Dans l'angine de poitrine dépendante ou concomittante d'*une affection goutteuse*, doit-on s'attacher surtout à faire disparaître cette dernière affection par un traitement approprié ? Nous croyons que la question est fort délicate et ne peut être tranchée qu'après un examen sérieux — En principe il est toujours bon et on doit toujours tenter d'éteindre ou d'atténuer la violence de la goutte, car ces accès par leur retour trop fréquent ou trop aigu, retentissent sur le cœur, mais si on s'aperçoit que leur atténuation augmente la violence des accès d'angor, comme cela est arrivé chez le malade de MM. Raillard et Vergely (V. obs. XCVII), il vaut mieux ne s'occuper que de l'Angor et abandonner le traitement contre la goutte.

Il est évident qu'en des circonstances pareilles et en présence de deux maladies dont l'une est infiniment plus dangereuse que l'autre, il n'y a pas à hésiter et qu'il est du devoir du médecin traitant de provoquer le retour de l'arthritisme en abandonnant la médication qui en arrêtait le cours, et en promenant des révulsifs énergiques aux extrémités et aussi loin que possible du cœur.

M. Huchard, dans sa leçon sur l'angor de poitrine faite au mois de mai 1886, insiste fortement en ces termes sur la nécessité de cette distinction.

« La goutte « remontée au cœur » se manifeste par des symptômes de cardialgie et d'angine de poitrine. Mais il ne faudrait pas croire que l'*angine de poitrine chez les goutteux soit toujours d'origine goutteuse*. Les goutteux sont des névropathes, des arthritiques, des dyspeptiques, des fluxionnaires, des artério-scléreux, et c'est à ces titres divers qu'ils peuvent présenter toutes les

formes d'angines de poitrine fausses ou vraies. Vous ne les confondrez pas avec l'angine de poitrine fluxionnaire et métastatique, celle-ci de nature essentiellement goutteuse qui se reconnaît à son apparition brusque, coïncidant avec la disparition des fluxions articulaires, et qui peut être heureusement modifiée par l'administration du salicylate de soude, comme Lecorché en a cité un exemple. »

Dans le premier cas, au contraire, c'est à l'iodure de potassium que M. Huchard conseille d'avoir recours sans s'inquiéter par trop d'un état diathésique dont l'Angor ne dépend point.

5° Quant aux Angors d'*origine syphilitique*, le traitement général sera évidemment accompagné du traitement hydrargyrique et là encore l'arsenic pourrait être avantageusement employé.

6° Il en est de même dans le traitement des angoreux *diabétiques*, où relever, tonifier le malade est, après l'indication d'un régime sévère, une nécessité de premier ordre que remplit avec avantage l'arséniate de fer alterné avec l'arséniate de soude.

Si dans cette classe d'angines surtout, le médecin traitant voyait poindre quelques manifestations extérieures, telles que : eczéma, abcès, hémorrhoïdes, fistules, loin de les combattre et d'arrêter leur évolution, il fera bien de les favoriser et de les considérer comme une révulsion utile provoquée et préparée par la nature médicatrice, l'aide la plus puissante du praticien. Qu'il me soit permis à ce sujet de citer l'observation inédite suivante :

OBSERVATION CLIII

(Inédite, communiquée par le Dr Raillard, des Baignots, de Dax)

Une de ses malades, âgée de trente et quelques années, d'un tempérament délicat et arthritique, fut atteinte d'une angine de poitrine. Au bout de quelque temps, apparurent chez elle des hémorrhoïdes ; un fluxus sanguin s'y établit et chaque fois que survenaient des poussées hémorrhagiques, on observait pour quelque temps la disparition des accès d'angor. Après plusieurs mois de ces alternatives, un énorme abcès du rectum se produisit, une fistule lui succéda qu'on laissa couler un certain temps pendant lequel la malade resta indemne de toute nouvelle attaque. Plus tard la fistule a été opérée et la malade est restée depuis en parfait état de santé.

Les *Eaux minérales* qui, en général, sont de peu d'utilité dans cette affection, peuvent rendre cependant quelques services dans les angors diathésiques — Ainsi les angoreux dyspeptiques se trouveront bien des eaux de Pougues et surtout de Vals où la présence du fer éloigne toute crainte de cachexie alcaline — les angoreux

hystériques et névropathiques se loueront d'un séjour à Néris, à Lamalou (1). Les arthritiques iront préférablement à Dax, à Royat, à Luchon, à Bagnères-de-Bigorre et à Argelès-Gazost dont le climat est en outre éminemment sédatif. Peut-être même puisque les artério-scléreux ont tant à se louer du traitement ioduré, se trouveraient-ils bien d'un séjour à Bondonneau, près Montélimart (Drôme), dont l'eau gazeuse renferme une assez notable quantité d'iodure et de bromure de sodium qui feraient disparaître les plaques, concrétions et indurations des vaisseaux?

D. — TRAITEMENT
DE L'ANGINE DE POITRINE TOXIQUE

Le traitement de cette classe d'Angor comporte tout d'abord une indication suprême, inexorable, l'abandon de la cause qui a donné naissance au mal. En même temps, mais au second plan, vient le traitement des accès par les divers médicaments précédemment indiqués.

A.— Les angineux *par abus du Tabac* devront donc ne plus fumer, ne plus priser et s'abstenir absolument de vivre avec des fumeurs, ce qui suffirait à entretenir les accès, comme le montre une des observations de M. Vallin. (Obs. CX).

Cet abandon, si le mal n'est pas trop considérable, si le nicotisme n'a pas encore déterminé d'altérations du cœur ou des vaisseaux, suffit, en général, pour écarter indéfiniment les accès. Mais sans lui tous les autres traitements sont stériles.

Nous ne saurions trop insister sur ce point. C'est en vain que le malade se flattant qu'une médication énergique donnant d'excellents résultats dans l'athérome de l'aorte et l'aortite suffira à éloigner le mal, celui-ci reparaîtra quand même, tant que le sujet continuera à vivre dans une atmosphère viciée.

Qu'on se rappelle nos observations inédites, (obs. CXXI et CXLV) sur l'Angine de Poitrine tabagique. Dans l'une comme dans l'autre, le malade hésite, temporise, le premier ne veut pas s'éloigner de son magasin où il s'empoisonne de plus en plus chaque jour, l'autre est en vain supplié par les médecins de Paris et par celui de la fa-

(1) Dr Belugou. — Des Eaux de Lamalou dans le traitement des névralgies (Annuaire de la Société d'hydro-médicale de Paris 1882). Voir aussi la brochure du Dr Cros (De l'Irritation spinale et de son traitement par les eaux de Lamalou). Obs. LVIII.

mille d'abandonner le culte de la cigarette ; il attend, il promet, et la mort les saisit tous deux, impitoyable et subite.

En général, l'éloignement de la cause suffit pour amener rapidement la guérison ainsi que nous en avons cité plusieurs exemples. Cependant, dans certains cas, comme dans l'observation suivante que nous devons à l'obligeance accoutumée de M. le Dr Huchard, il a fallu y joindre la médication iodurée.

OBSERVATION CLIV

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Huchard)

Angine de poitrine tabagique ; sensation de doigt mort pendant l'attaque angineuse ; guérison par la suppression du tabac et par la médication iodurée).

« M. M. R..., sous-intendant militaire de 1re classe, âgé de 48 ans, vient me consulter le 4 février 1886. Il n'a jamais fait d'excès alcooliques, il n'est pas syphilitique et n'a jamais eu de rhumatismes. La mère est morte à 37 ans, de pleurésie latente, son père à 67 ans, d'une attaque d'apoplexie ; le malade a eu la dyssenterie en Tunisie, la fièvre typhoïde à 17 ans. C'est un grand fumeur (0,40 à 0,50 centimes de tabac par jour), mais il a cessé complétement de fumer depuis six semaines.

Le 25 novembre 1885, M. M. R.,., sort de chez lui à deux heures de l'après-midi ; en marchant un peu vite, il éprouve une sorte d'oppression douloureuse qu'il fait cesser aussitôt en s'arrêtant. Ce phénomène se reproduit les jours suivants avec les caractères ci-après : La douleur souvent annoncée et précédée par des palpitations violentes, commence au-dessous du sein gauche, traverse la poitrine jusqu'à l'omoplate correspondante, et consiste dans une sensation de tiraillement, de barre transversale, d'angoisse, telles qu'il se refuserait alors à marcher « même avec un revolver appliqué sur la paroi du thorax. » La douleur s'étend très vite aux deux bras, surtout au bras gauche, jusqu'au petit doigt, où il éprouve de l'engourdissement, des fourmillements, et qui devient d'une *blancheur mate*, « comme si le petit doigt était mort. »

Bientôt les accès devinrent nocturnes, très violents, de longue durée (1/2 heure à 1 heure), et apparaissent périodiquement tous les soirs entre 9 et 10 heures. L'administration du sulfate de quinine, six heures après l'apparition des accès, semble diminuer leur intensité, et changer l'heure de leur apparition. Mais, ce qui le tourmente le plus, c'est une difficulté dans la marche. Dès qu'il fait quelques pas un peu rapides, il est obligé de s'arrêter, en proie à une angoisse douloureuse qui l'étreint violemment.

Ce malade, très nerveux et très impressionnable, dont le facies est pâle, ne présente absolument rien d'anormal du côté des organes circulatoires. Aucun signe d'artério-sclérose ou d'aortite, pas d'hypertrophie cardiaque ; bruits du cœur bien frappés, pas de souffle aux orifices ; bruits aortiques normaux, bruit diastolique un peu plus éclatant. Pouls radial un peu dur et concentré mais égal des deux côtés. Pas d'arythmie cardiaque.

Enfin les fonctions digestives s'accomplissent normalement.

Diagnostic : Angine de poitrine tabagique.

Traitement: 1 gr. d'iodure de potassium tous les jours; pointes de feu à la région cardio-aortique. 3 tasses de lait par jour; plus de fumée de tabac; repos à la campagne. Je ne prescris pas les inhalations de nitrite d'amyle, que le malade a déjà employées sans succès.

Le 1er mai 1886, le malade revient me voir. Il prend depuis deux mois 3 gr. 50 d'iodure par jour. Les accès angineux ont complétement disparu, et une amélioration considérable s'est produite. Le matin, il peut faire maintenant 5 à 6 kilomètres sans éprouver de douleur ni d'oppression.

Le malade avait complétement mis de côté l'usage de la cigarette trois semaines avant de venir me voir la première fois, et cependant il affirme que les accès angineux, malgré la suppression du tabac, sont aussi fréquents et aussi intenses que par le passé; l'amélioration ne date que du jour où il prit l'iodure.

Aujourd'hui, je suis frappé, comme toutes les personnes qui le connaissent, d'un changement très net dans son facies, qui était très pâle, et dont le teint est devenu frais et rosé. Depuis un mois il peut monter impunément les escaliers de la chambre, tandis qu'auparavant il ne pouvait jamais le faire sans éprouver une grande oppression avec douleur.

Continuer le traitement: 3 gr. d'iodure par jour en cessant huit jours chaque mois.

Du reste, pour donner une idée de l'amélioration progressive qui suivit l'administration de l'iodure, il suffira de laisser parler son médecin, le Dr Benckart, qui me l'avait adressé de Kaisersberg (Alsace), pays où le malade, m'écrit mon confrère (lettre du 16 février 1886), se sent considérablement soulagé; les nuits, qu'il passait autrefois immobile dans son lit, sont bien meilleures; il monte plus facilement les escaliers, se tient bien debout dans la position du soldat sous les armes, c'est-à-dire les épaules effacées. Autrefois, il marchait le corps voûté, penché en avant. Il se plaint encore de légers fourmillements à la main gauche, surtout dans les derniers doigts. Le 9 avril 1886, le Dr Benckart m'écrivait encore: « Depuis que le malade prend 3 gr. d'iodure de sodium par jour, il va beaucoup mieux, peut faire le matin, sans malaise, une promenade de 5 à 6 kilomètres. La seconde promenade qu'il fait, le soir, après son dîner, n'est pas aussi facile, et, en marchant avec lui, j'ai constaté qu'il avait encore un peu d'oppression. Le malade s'en rend parfaitement compte, il se sent plus essoufflé, mais tous les jours un peu moins. Les nuits sont toujours très bonnes. Je ne lui ai pas appliqué le remède prescrit, la sensation de barre ayant complétement disparu. Il se plaint encore de *coups au cœur* (c'est là son expression). Ce n'est pas un faux pas du cœur, une pulsation qui ferait défaut. Il n'en a jamais eu en ma présence, et j'ai cru comprendre qu'il s'agissait tout simplement d'une pulsation plus accentuée que les autres. »

Le 23 juin 1886, le malade peut être considéré comme guéri; il peut faire aisément son service et 7 à 8 kilomètres par jour pour se rendre d'un point à un autre. Il a interrompu huit jours chaque mois l'iodure, mais pendant ces huit jours il remarque toujours que la respiration est un peu moins libre lorsqu'il marche. Je continue donc son iodure sans interruption.

Le 6 août 1886, cette guérison est absolument confirmée.

La même nécessité, le *renoncement au thé*, aux réunions du five

O'clok et aux soirées intimes, s'impose aux personnes que l'abus de cette boisson a rendus tributaires de l'angor.

B. — *Angine de Poitrine Théique.* — Avant que le théisme chronique n'amène la déchéance fatale et finale de l'organisme, avant que ne sonne, ainsi que le dit le Dr Eloy (1), l'heure des altérations trophonévrotiques irrémédiables, le médecin doit exiger de son malade l'abandon d'une boisson qui débilite au plus haut point l'économie. Si on met un terme à l'intoxication avant qu'elle ne soit complète, tous les désordres cardiaques et gastriques qu'occasionne le théisme disparaîtront comme une ombre légère, de même que dans l'angine tabagique, l'abandon du tabac produit à temps la guérison.

Le médecin, en combattant en même temps l'anémie, qui accompagne ces deux sortes d'Angor, en recommandant un exercice modéré, en proscrivant un travail excessif qui facilite parfois l'apparition des accès, en conseillant la vie au grand air et en rase campagne fera disparaître, et cela très rapidement, toute manifestation morbide.

Au résumé, dit le Dr Éloy, dans cette sorte d'Angor comme dans toutes les angines névrosiques, la première indication « c'est de lutter contre la neurasthénie, la sclérosthénie, les névroses du cœur et les troubles de l'estomac. La seconde médication consiste à favoriser les échanges organiques, à rétablir l'équilibre nutritif, et partant, à mettre en œuvre tous les agents médicamenteux ou hygiéniques de la médication eutro-physique. »

C. — *Angor alcoolique.* — L'angoreux doit, avec un soin extrême, éviter l'usage du café, du thé, du vin pur, surtout du vin blanc, des liqueurs et de l'eau-de-vie. Nous revenons sur ce sujet et sur les dangers de l'usage de l'eau-de-vie qu'on n'a pas signalés assez souvent à notre gré et qu'on ne proclamera jamais assez haut.

Rappelons ici que l'alcool de vin, le moins nuisible de tous, n'existe plus, la matière première faisant défaut et la chimie, une grande coupable en cette matière, étant parvenue pour combler ce vide à extraire de toutes sortes de matières, des alcools qui ne sont pas autre chose que des poisons mortels. C'est à cet alcoolisme patenté, encouragé, public, pour ainsi dire, c'est à cette drogue malsaine, à l'alcool amylique mille fois plus dangereux que les matières alimen-

(1) Dr Éloy. — Ouvrage cité.

taires proscrites et confisquées à la halle, mais qu'à défaut de surveillance leur odeur et leur vilain aspect signalent au dégoût de tous, qu'est dû l'accroissement des maladies du cœur et de l'estomac dans les hôpitaux, des aliénés dans les asiles, de la criminalité sans cesse grandissante dans la société et de l'abrutissement de la jeunesse actuelle.

D'après les expériences publiques faites par M. Alglave, à la Sorbonne, en janvier 1887, un cochon d'Inde à qui on injecte de l'alcool de vin n'est que guilleret; celui auquel on fait subir la même opération et en quantité égale avec de l'alcool amylique, expire presque immédiatement. Le chien le plus doux, lorsqu'on lui injecte de l'absinthe, a une véritable attaque de nerfs, méconnaît son maître, se précipite sur lui et le mord; c'est un véritable délire qu'on provoque en lui? si on lui fait boire de l'alcool amylique, il tombe comme une masse inerte.

Or, plus que jamais, aujourd'hui que nos vins, nos bières, nos cidres sont frelatés avec ces alcools, il faut, nous le redisons bien haut, que l'angoreux s'observe et s'abstienne de tout liquide d'origine suspecte. A plus forte raison doit-il éviter comme la peste toute espèce d'eau-de-vie ou de liqueurs. Nous n'en buvons que trop de ces alcools que nous retrouvons sous une autre étiquette dans tout ce que nous mangeons ou buvons: (conserves de fruits, vins de diverses sortes, eaux dentifrices, eau de menthe, eau des carmes, eau des jacobins, élixirs, etc., etc.); et ce sont précisément de ces doses prétendues infinitésimales d'alcools, reconnues ou non, qu'il faut nous défier le plus, car ce sont elles qui, répétées ou pour mieux dire, absorbées chaque jour, font naître la sclérose du cœur et des autres organes.

A hautes doses, les alcools les moins toxiques, agissent au grand jour, pour ainsi dire, et de l'effet on remonte vite à la cause quand on observe des phénomènes nerveux avertisseurs, tels que le délire, les hallucinations, le tremblement, visibles pour tout le monde et pour le malade lui-même.

Mais combien, à doses minimes et secrètes, leurs effets sont-ils plus terribles, plus fâcheux pour l'organisme et plus difficiles à percevoir? signalons-les rapidement. Ce seront quelques lignes de plus, mais des lignes utiles.

Voici, tout d'abord, la trémulence dans les membres supérieurs, s'accompagnant bientôt d'une trémulence cardiaque, signe évident

d'une faiblesse du myocarde. Bientôt apparaît un souffle mitral dû à ce que les faisceaux musculaires chargés de tendre et de soutenir les valvules n'ont pas assez de ressort pour cet office (1). Le pouls est petit, ondulé, car le cœur est tremblant et affaibli comme le sont les mains de l'alcoolique qui sont incapables de supporter longtemps un fardeau. Dans ces conditions, le cœur ne tarde pas à se laisser distendre et à éclater faute d'énergie. Le malade ressent une gêne de plus en plus grande dans la poitrine, et dès ce moment et surtout plus tard, quand le myocarde, tout à fait atteint dans sa nutrition, est affecté de dégénérescence granulo-graisseuse, l'*Angor Pectoris* entre à son tour en scène et accélère la fin de la tragédie. Qu'on juge par là des effets de l'alcoolisme sur un organisme ébranlé déjà par des attaques antérieures d'Angine de Poitrine et si l'éviter est chose impérieuse pour l'angoreux !

D. — *Angor Paludéen et Ergotique.* — Quant aux angors occasionnés par l'ergot de seigle ou reconnaissant pour cause un séjour trop prolongé dans des contrées paludéennes, il est évident que la première indication à donner par le médecin c'est de se procurer une nourriture plus saine et d'émigrer en un climat plus salubre. Ces changements nécessaires opérés, les accès disparaîtront spontanément à l'aide d'un régime tonique.

E. — *Angor Saturnin.* — Nous dirons, quand nous nous occuperons du traitement hygiénique de l'Angine de Poitrine, que parmi les professions funestes à ces malades, il en est une, celle de peintre, à laquelle ils doivent absolument renoncer.

E. — TRAITEMENT
DES ANGINES DE POITRINE ORGANIQUES

Rappelons afin de conserver dans l'étude du traitement de l'angor organique la classification méthodique que nous nous sommes fait un devoir de suivre constamment dans notre œuvre, que cette affection accompagne 1° l'artério-sclérose ; 2° les lésions de l'aortite et des artères coronaires ; 3° la névrite cardiaque ; 4° la péricardite ; 5° les lésions du myocarde et parfois 6° celles des organes voisins.

1° TRAITEMENT DE L'ANGOR PAR ARTÉRIO-SCLÉROSE

Nous avons dit au chapitre de l'étiologie combien l'artério-sclérose

(1) Pitres. — Des hypertrophies et dilatations cardiaques, p. 64.

déterminait fréquemment l'angor. Aussi croyons-nous que le médecin en présence d'un premier accès d'angor fera bien de s'assurer d'après le conseil de M. Isnard (1) qu'il n'existe pas chez son malade de signes indirects de cette maladie (on n'en connaît pas de signes directs) et, s'il trouve 1° une des dyscrasies qui engendrent à la fois l'endartérite et les scléroses; 2° une ou plusieurs scléroses viscérales; 3° des lésions vasculaires périphériques telles que la dureté des radiales, l'arc sénile, etc., il sera autorisé à penser qu'une aortite ou une endocardite scléreuse existent et entretiennent les accès d'angor à défaut ou en même temps que d'autres causes.

Ce point de diagnostic est d'autant plus important que les périodes initiales de la sclérose généralisée sont presque seules accessibles aux moyens de traitement. Quand la maladie est ancienne, s'est étendue au loin, quand l'organe cardiaque et ses annexes sont indurés, envahis entièrement par les produits plastiques de l'inflammation par les exsudats liquides, cellulaires ou sanguins des poussées inflammatoires, il est difficile de désagréger, de faire dissoudre ou disparaître ces vieilles transformations; néanmoins, il faut le tenter et essayer de favoriser leur dissolution en arrêtant la marche constamment envahissante de l'artério-sclérose qui favorise et éternise jusqu'à la fin les accès d'angor.

Dans sa communication au Congrès de Grenoble sur les *Cardiopathies artérielles*, M. Huchard insiste aussi sur la nécessité de reconnaître promptement si chez les cardiaques ou les angoreux il y a ou non de l'artério-sclérose.

« Le diagnostic de l'artério-sclérose, et surtout de l'artério-sclérose cardiaque, doit être établi d'une façon d'autant plus précoce que le cœur des malades est à chaque instant en imminence morbide de dilatation ou d'asystolie, ce qui se comprend en raison de la dégénérescence facile et rapide du myocarde, conséquence inévitable de l'obstacle apporté à son irrigation sanguine. Vienne une cause légère, par exemple une simple bronchite qui retentit sur l'organe, une émotion, quelques troubles digestifs, et aussitôt éclateront les accidents d'une affection cardiaque qui n'avait été ni soupçonnée ni prévue. En quelques jours, ou en quelques heures, le cœur faiblit dans ses contractions qui deviennent irrégulières, sa matité transversale augmente et sa pointe bat en dehors du mamelon, les bases pulmonaires se congestionnent, l'œdème péri-malléolaire apparaît, on constate de l'albuminurie, tous les phénomènes d'insuffisance myocardiaque s'accentuent rapidement, et une véritable crise d'*asystolie aiguë* éclate. Ici, *la maladie du cœur commence par où finissent les affections*

(1) Isnard, ouvrage cité.

simplement valvulaires, et ces accidents soudains d'insuffisance myocardiaque rappellent les phénomènes si rapides d'insuffisance urinaire dans les cas de sclérose du rein, et la forme foudroyante de l'urémie si commune chez les vieillards et les scléro-athéromateux. C'est ce qui explique la violence et la rapidité avec lesquelles éclatent les accidents cardiaques les plus graves sous l'influence de la cause la plus légère, chez les artério-scléreux, chez les goutteux ou les diabétiques auxquels on n'avait reconnu jusque-là l'existence d'aucune affection organique du cœur. »

Quand l'artério-sclérose est invétérée, qu'elle rapproche de plus en plus les accès d'angor et que le cœur et les gros vaisseaux sont en grande partie envahis par elle, la matière médicale peut bien difficilement arrêter son évolution fatale, et ce double processus, l'induration générale des valvules et celle de la tunique interne ; tant d'éléments détruits, tant de points envahis ne peuvent guère se réparer ; mais au début, on peut lutter avec plus d'avantages et de chances de succès. On attaque la dyscrasie originale et en combattant énergiquement l'arthritisme, l'alcoolisme, le saturnisme, la syphilis, la ménopause, le diabète, l'impaludisme, le végétarisme et le tabagisme, on arrête la marche de la diathèse fibreuse qui provoquait les accès de sternalgie, et on l'empêche de précipiter la catastrophe finale.

Avec un traitement bien suivi après qu'il a été bien mûri, on éloigne du cœur, de ce foyer de l'angine « ces phénomènes congestifs et irritatifs, cette hypérémie, cette dilatation des capillaires, les produits plastiques de l'inflammation, les exsudats liquides, cellulaires ou sanguins, ces néoformations enfin » (1) qui menacent d'enrayer les mouvements du cœur et provoquent la réapparition de l'angor.

Pour remplir ces indications, on emploiera à l'extérieur les antiphlogistiques (sangsues en petit nombre, ventouses scarifiées si la constitution du sujet le permet), les révulsifs énergiques (vésicatoires, thapsias, et mieux encore la cautérisation souvent répétée avec le thermo-cautère et l'électricité. On peut encore poser un cautère ou un séton sur la région presternale de manière à y attirer les déchets de l'organisme et d'assurer leur élimination. Isnard conseille de recourir aux bains de vapeur, aux sudations térébenthinées dans le même but. A l'intérieur on aura recours à l'arsenic, à l'arséniate d'antimoine, aux injections d'ergotine en alternant ces divers moyens

(1) Gazette des hôpitaux, de l'Artério-sclérose. Novembre 1886.

avec l'iodure de potassium, le facteur le plus important, nous le répétons à dessein, d'une amélioration désirée et dont nous parlerons plus loin avec tous les détails possible.

Ai-je besoin d'ajouter qu'il sera essentiel de seconder cette médication par une nourriture ne favorisant pas la fibrose artérielle ? le lait en sera l'élément essentiel et les malades useront *largà ore*, des eaux alcalines et salines de Vals, de Balaruc et de Sierck (chlorurées-iodo-bromurées).

2° TRAITEMENT DE L'ANGINE DE POITRINE ACCOMPAGNANT L'AORTITE

Nous savons d'après ce que nous avons exposé à notre chapitre de l'étiologie que dans cette variété d'angine de poitrine, traiter l'aortite c'est en même temps traiter l'angor et en éloigner les manifestations soudaines. Nous dirons donc qu'il faut tout d'abord agir sur le voisinage du vaisseau malade, pour peu que l'état général du malade le permette, au moyen de sangsues, de ventouses scarifiées, de vésicatoires volants successifs, ou de pointes de feu que recommande M. Péter.

2° Il faut encore éloigner les causes dyscrasiques qui ont altéré le sang et troublé la nutrition des parois vasculaires (alcoolisme, saturnisme, impaludisme, syphilis, arthritisme). (1)

3° Si le cœur est intéressé et la compensation mauvaise, la conduite à suivre est la même que dans l'asystolie en général. Lorsque, au contraire, l'adaptation du cœur est bonne et que l'aortite est seule en cause, le régime lacté mixte, les alcalins et l'iodure de potassium sont les meilleurs moyens d'action. Les bromures et les injections de morphine constituent une médication symptomatique d'une grande efficacité dans les formes douloureuses ou dyspnéiques.

4° Enfin ne pas oublier que l'hypertrophie du cœur est ici un phénomène salutaire et qu'il faut par suite, laisser de côté toute médication spoliatrice qui pourrait en entraver le développement.

5° S'efforcer dans tous les cas de soustraire les malades aux

(1) Dans un mémoire inédit qu'il a bien voulu nous communiquer : *De la Dégénérescence graisseuse du cœur*, couronné (prix Dan de la Vauterie, 1883) par l'Académie nationale des Sciences, Arts et Belles-Lettres de Caen, M. Liégeois a étudié longuement ces causes dycrasiques, tenté d'interpréter leurs effets sur le muscle cardiaque, décrit l'*Angor* lié à la stéatose du myocarde, et est entré dans des considérations thérapeutiques très originales qui ont été reproduites en partie seulement par le Journal de Médecine de Paris, 2 novembre 1883, p. 522-523.

influences pathogéniques et traiter toutes les affections générales dont l'aortite est tributaire.

On nous pardonnera cette incursion sur le terrain de l'aortite en songeant que dans plus de la moitié des cas d'angor par ischémie cardiaque, on rencontre des traces d'inflammation de l'aorte (1). (Se rapporter du reste, pour le traitement, aux observations, p. 232 et suivantes et aux observations de 155 à 160.)

Examinons maintenant avec plus de détails les effets de la *médication iodurée* dans les angines de poitrine organiques.

De tous les médicaments à employer contre l'angor de causes organiques, le plus puissant, celui qui donne le plus de consolation au médecin et lui permet du moins de recueillir le plus grand nombre de succès, celui qui agit comme le meilleur moyen, à la fois préservatif et curatif, et l'empêche comme autrefois de se battre en désespéré, c'est l'iodure de potassium qui agit dans ces circonstances à la fois comme médicament cardiaque et comme médicament artériel.

M. Huchard le regarde véritablement comme un agent héroïque et il lui a dû de très beaux succès. Et que l'on ne croie pas que par succès, cet auteur ait entendu des améliorations passagères ; non, il s'agit ici de cures ayant subi la longue épreuve du temps ; M. Huchard a suivi, observé ses angoreux cinq ans après la disparition de leurs accès avant de mentionner avec certitude leur guérison, sous l'influence de la médication prolongée, il est vrai, des iodures. M. Ch. Liégeois en a noté deux exemples dans son mémoire académique et en a rappelé un au congrès de Nancy, faits que M. H. Huchard, nous le savons, doit, dans une nouvelle communication, rappeler à ceux qui, comme M. Guyot (2), se montrent absolument incrédules.

Nous avons cité ces faits ; d'autres observations inédites que nous devons à l'obligeance si connue de M. Huchard démontreront plus loin la puissance de ce traitement. Nous même, à l'exemple de beaucoup d'autres, nous avons vu à l'hôpital Bichat depuis un an plusieurs angineux dont les accès se sont absolument interrompus, malgré la coexistence de désordres cardio-aortiques considérables. Sous l'influence de l'iodure de potassium les accès d'Angor disparaissent, et si le malade succombe comme cela est arrivé dans

(1) Tout récemment encore, M. Edgard Hirtz (*De l'aortite aiguë*, Soc. méd. des hôp., 8 avril 1887) signalait l'Angine de Poitrine par aortite *seule* chez un malade de 36 ans qui mourut subitement dans son service.

(2) Guyot. — Loc. méd. des hôp., 8 avril 1887.

l'observation CXLIV, c'est sous les assauts multipliés et les progrès de l'aortite.

A l'origine, ce précieux médicament a été conseillé à des malades cardiaques ou à des artério-scléreux chez lesquels on avait lieu de soupçonner une diathèse syphilitique. Plus tard ses vertus fondantes et résolutives ont conduit à l'employer dans les artérites et l'aortite qui s'accompagnent si souvent d'exsudations plastiques, plus ou moins organisées. Bouillaud (1), Chuckerbutty, de Calcutta (2), Balfour (3), Dreschfeld (4) l'avaient préconisé dans le traitement des anévrysmes et des dilatations de l'aorte ; mais personne, nous devons le dire à la louange de M. Huchard, ne l'avait employé comme lui ; personne n'avait eu l'idée d'en faire en quelque sorte le spécifique de l'angor par aortite, par artério-sclérose, par myocardite scléreuse, par sténose des coronaires, en un mot, de l'angor par ischémie cardiaque. Et sous ce rapport, l'éminent médecin de l'hôpital Bichat a, nous nous plaisons à le répéter, rendu un immense service à la science et aux malades. Car avec l'iodure de potassium, le médecin peut combattre virilement et le patient peut espérer sortir vainqueur d'une lutte où sa vie est en jeu ; mais il y a dans l'administration de ce médicament des règles prudentes à observer si l'on veut réussir et dont on ne saurait se départir d'après M. Huchard. On débute par cinquante centigr. en deux fois, puis on arrive progressivement à un, deux, trois, quatre grammes par jour (5) ; en second lieu, ce n'est point pendant un mois, six semaines que les doses doivent être prises. C'est pendant deux ou trois ans, et même plus, qu'il est bon de les donner, car leur action est lente et doit être continue pour être durable. Il est bon, en outre, de laisser au bout du troisième ou quatrième mois une période de 5 à 8 jours, pendant lesquels on cessera de l'administrer. Il agira avec plus d'activité quand le malade le recommencera à nouveau. Mais en définitive, comme le dit M. Huchard, la médication doit être longue et opiniâtre.

---

(1) Bouillaud. Gazette des hôpitaux, 1859, p. 16.

(2) Chuckerbutty. Bulletin de thérapeutique t. LXIII, p. 433.

(3) Balfour. Trans. of. St Andrews 1871. Clin. lectures on diseases of the heard and aorta, 1876 et Lancet, 1878.

(4) Dreschfeld. Revue de médecine et chirurgie. Paris, 1876, p. 561.

(5) Voici la formule qu'emploie ordinairement le Dr H. Huchard.

Eau distillée, 300 grammes.
Iodure de Potassium, 10 à 20 grammes.
Extrait thébaïque, 0,10 centigrammes.

Prendre 3 à 6 cuillerées à bouche par jour avant les repas.

Aux yeux de la plupart des praticiens, la médication iodurée est aujourd'hui la base la plus assurée du traitement des angors organiques.

« L'iodure de potassium, dit M. G. Sée, constitue un médicament cardiaque des plus précieux ; il n'agit pas seulement sur les dyspnées cardiaques et sur ce type qu'on peut appeler *asthme cardiaque*, mais c'est un modificateur puissant des muscles, surtout du myocarde, en même temps que des vaisseaux dont il augmente l'énergie contractile : il facilite la respiration d'une manière immédiate, et la tonicité du cœur d'une façon permanente. »

M. Jaccoud (1) croit « plus juste de dire qu'il est le médicament artériel par excellence, et qu'il n'agit même qu'à ce titre sur le cœur; car, ainsi que je le disais au sujet de son action curative si remarquable sur l'angine de poitrine vraie, outre leurs vertus résolutives et leur action très probable sur les parois artérielles, les iodures doivent en grande partie leur efficacité dans le traitement de l'artério-sclérose, des aortites, des angines de poitrine et des cardiopathies artérielles, à leur action sur la circulation bien démontrée par les expériences de Sokolowski. Sous leur influence, en effet, le pouls gagne en force et en fréquence, les vaisseaux périphériques se dilatent et se développent, la circulation devient plus active et plus rapide, la chaleur périphérique s'élève et se régularise, la tension vasculaire s'abaisse et tend à devenir normale. »

Et maintenant veut-on savoir combien, dans les mains de M. Huchard, l'iodure a de succès à son actif, dans le traitement de l'angine de poitrine ischémique, et nous entendons par ce mot *succès*, aussi bien les malades revenus pleinement à la santé que ceux dont les accès ont disparu complètement ? Eh bien, au Congrès de Grenoble M. Huchard, sur vingt six cas, citait déjà l'année dernière vingt succès définitifs. Depuis ils se sont accrus dans une large mesure (2). « Ces résultats thérapeutiques démontrent d'une façon éclatante la nature artérielle de l'affection (3) *(Naturam morborum*

(1) Jaccoud. Leçons sur l'aortite. Gazette des hôpitaux, 6 mars 1886.

(2) Voici une note que m'a communiquée à cet égard M. Huchard :

« Depuis la date de mon premier travail, en 1879, sur l'Angine de Poitrine, j'ai observé plus de 172 cas. Sur ce nombre se trouvent plus de 100 faits de fausses angines (des arthritiques, des névropathes et des gastriques) que je ne veux pas faire rentrer dans la statistique des succès obtenus, parce qu'il est démontré pour moi, comme pour beaucoup d'auteurs, que ces manifestations angineuses guérissent spontanément ou par l'intervention d'une thérapeutique toute différente. Sur ce nombre restent encore 80 angines de poitrine organiques dont 43 ont été absolument et définitivement guéries, 22 améliorées et 15 se sont terminées par la mort malgré la médication employée. Sur ces 15 insuccès figurent 11 cas dans lesquels on notait concurremment l'existence de lésions graves de l'orifice aortique (insuffisance ou rétrécissement). Je n'annonce donc pas que des succès, mais l'infaillibilité en thérapeutique n'existe pas et elle doit être tenue pour suspecte (*).»

(*) H. Huchard. (Communication à la Société Médicale des hôpitaux du 25 mars 1887.)

(3) Leçon à l'hôpital Bichat, mai 1886.

ostendunt curationes.) A l'aide de cette médication, l'angine de poitrine qui comportait autrefois un pronostic presque toujours mortel, *guérit d'une façon presque certaine* au moins huit fois sur dix, à la condition d'appliquer ce traitement dès le début des accidents et de l'artério-sclérose. A ce sujet, « ma conviction est absolue, » dit M. Huchard, et on ne saurait trop recommander cette médication qui assure d'une façon si éclatante la curabilité d'une affection que l'on rangeait hier parmi les affections fatalement mortelles.

Ce traitement, à part quelques idiosyncrasies rebelles à l'emploi de l'iodure de potassium à hautes doses continuées pendant si longtemps ou tout à fait antipathiques à ce médicament (nous en avons cité un exemple quelques pages plus haut), réussit ordinairement très bien, et quand il fatigue un malade, c'est moins l'*iodisme* qui agit défavorablement que la *potassiémie*.

On sait, en effet, que les sels de potassium finissent par exercer à la longue une action toxique sur le cœur. On a dit en outre que l'iodure de potassium introduit dans l'estomac, s'y trouvant en présence de chlorure de sodium en excès se change en chlorure de potassium, sel très nuisible, et en iodure de sodium. Nous ne croyons point à une transformation chimique aussi active et pour nous l'estomac n'est pas une cornue de verre ; l'exemple d'une foule de malades en traitement par l'iodure de potassium sans aucun inconvénient combat encore mieux cette assertion savante ; mais, enfin, il arrive que les malades sont fatigués par un trop long usage de ce sel, qu'ils ont de l'anorexie, de la fatigue musculaire, et alors on peut recourir avec avantage à l'iodure de sodium plus assimilable, qui a, dit M. Huchard, la même action et qu'on emploie à la même dose sans débiliter le moteur central (Ch. Liégeois). Les sels de sodium sont en effet inoffensifs à une dose où ceux de potassium, provoquent des accidents mortels. Introduits directement dans le sang, même à doses élevées, ils n'exercent aucune action, ni sur le cœur, ni sur la température, ni sur les centres nerveux, ni sur les muscles, ni sur les nerfs périphériques ; les sels de potassium, au contraire, ont une action toxique sur le cœur, sur les nerfs et sur les muscles ; ils tuent en paralysant le cœur... et déglobulisent le sang (1).

Quand l'iodure de sodium après un traitement d'une certaine durée est à son tour impatiemment supporté, que l'intolérance gas-

(1) Wiener médic. Wochenschrift, 1886, n° 32.

trique commence à se dissiper, on peut recourir aux injections sous-cutanées faites avec sa solution. C'est le Dr Arcari qui en a eu le premier l'idée (1). La quantité d'iodure de sodium injectée dans la région fessière est de 0,10 à 0,30 centigrammes, deux fois par jour. Cette dose ne développe aucune irritation locale. On retrouve l'iode dans les urines et, dans le cas où le médicament réussit bien, son élimination par ces dernières se fait très lentement.

Mais il existe beaucoup de malades (et chacun de nous en a rencontré) qui ne peuvent supporter aucune sorte d'iodure. Leurs susceptibilités organiques et fonctionnelles, comme le dit le Dr Cazenave, protestent et leur tube digestif se révolte énergiquement. Chez ces malades, l'iodisme se manifeste à des degrés d'intensité plus ou moins accusés et enraye absolument la médication.

Eh bien, le Dr Cazenave a trouvé un moyen presque infaillible, dit-il, de faire accepter par l'économie les iodures ; c'est l'association de l'iodure de potassium ou de sodium avec le lait de vache ; ainsi une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Eau distillée.	150 gr.
Iodure de potassium.	8 »

mélangée avec une tasse de lait deux fois par jour est admirablement tolérée par les estomacs les plus réfractaires.

Nous reproduisons ce conseil comme utile à mettre en pratique.

Les observations suivantes qui m'ont été communiquées par M. H. Huchard démontrent bien les effets bienfaisants de la médication iodurée.

OBSERVATION CLV

(Inédite, due à l'obligeance du Dr Huchard)

Angine de Poitrine vraie. — Artério-Sclérose. — Ectasie Aortique légère. — Aortite Subaiguë. — Disparition des Accès Angineux sous l'influence d'un traitement ioduré suivi pendant deux ans.

M. E..., agent d'affaires, agé de 55 ans, vint me consulter le 15 Juillet 1884, pour des accès angineux, dont il a éprouvé les premières atteintes il y a plus de deux ans, à Caen, où il se trouvait momentanément pour ses affaires. Je laisse la parole à son médecin, le Dr Hercouet, de Lamballe (Côtes-du-Nord), qui m'écrivit à son sujet la lettre suivante :

« Le premier accès éclata brusquement, le soir, après un repas pris très rapidement, et avec la préoccupation de prendre le train à temps. Il fut alors pris d'une douleur subite, très vive, avec angoisse très accusée au niveau du

(1) Nothnagel et Rossbach, *Nouveaux éléments de matière médicale et de thérapeutique*. Trad. franç. 1880, p. 5, 6 et 253.

sternum, sur toute sa longueur, avec irradiation dans les deux bras, et surtout dans le bras gauche. Ces sensations douloureuses et angoissantes ont duré près de deux heures. Quelques semaines plus tard, à Caen, il eut pendant la nuit, à une heure du matin, un autre accès violent, pour lequel il fut obligé de faire venir un médecin. Le lendemain matin, M. E..., ne souffrait plus et revenait dans son pays, à Lamballe, pour reprendre ses occupations ordinaires.

« Pendant un an et demi, il eut encore de temps à autre quelques accès beaucoup moins sérieux. Toutefois, le malade éprouvait souvent, lorsqu'il fatiguait, et surtout lorsqu'il montait une côte ou un escalier, une légère douleur au bras gauche, et un certain engourdissement à la région précordiale. » Enfin, l'hiver dernier, un accident grave survint brusquement : Le 22 Janvier, vers dix heures du soir, après avoir pris son repas vers neuf heures, il fut saisi soudainement d'une douleur rétro-sternale très violente, qu'il compare à un étau, à une forte compression tendant à rapprocher le sternum de la colonne vertébrale, avec irradiation dans les deux bras, et surtout dans le bras gauche, qu'il ne pouvait mouvoir que péniblement. Le malade reste immobile, presque atteré par cette souffrance insolite, se courbant instinctivement en avant, je veux aussitôt le mettre au lit, ce qui exagère les douleurs, en raison des mouvements qu'il est alors obligé de faire, et de l'impossibilité dans laquelle il se trouve de garder, même un instant, la position horizontale. L'angoisse était extrême, le malade attendait à chaque minute, à chaque seconde « la fin de ses douleurs ou la fin de son existence. » La mort lui apparaissait comme le seul dénouement possible. Après une demi-heure, tout cet orage s'apaisa et la nuit se passa sans autre accident. Le lendemain matin, le malade ne conservait plus que l'effrayant souvenir de cette crise, l'une des plus fortes qu'il ait jamais subies. Puis, les accès se répètent les jours suivants sous l'influence des mêmes causes (travail de la digestion, marche ou effort); accès très nombreux pendant six semaines, durant lesquelles le malade ne peut même quitter le lit. Tous les jours il a eu trois ou quatre accès ; parmi eux, il y en a deux qui sont survenus après l'application de deux vésicatoires au niveau de la région cardio-aortique. La durée moyenne de ces crises était d'un quart d'heure à une demi-heure. Quelques-unes cependant, surtout celles du soir et de la nuit, moins nombreuses du reste, eurent une durée d'une à deux heures. »

« J'ai donné plusieurs fois des soins à M. E..., au moment même de l'accès. Je n'ai constaté alors aucune irrégularité du pouls, qui battait d'une façon normale. Pas de syncope, ni même de tendance aux lipothymies. C'était le symptôme douleur qui prédominait avec l'angoisse, avec la crainte constante de mourir. Pendant l'accès, j'ai constaté souvent des râles fins à la partie moyenne du poumon gauche, en arrière : du reste le malade est emphysémateux, et a eu depuis deux ans des bronchites rebelles et fréquentes. Depuis trois mois, les douleurs angineuses, tout aussi fréquentes, sont moins violentes, mais le malade se tourmente parce qu'il ne peut marcher vite, monter un étage ou faire un effort quelconque, sans provoquer immédiatement le réveil de ses crises.

« Le malade a autrefois un peu abusé des boissons alcooliques et du tabac. Depuis plusieurs mois, cependant, il ne fume plus. Dans sa jeunesse, il a contracté une syphilis bénigne, qui ne s'est manifestée que par quelques accidents sans importance, du côté de la peau et des muqueuses. C'est un homme intelli-

gent, travailleur, et qui, depuis plusieurs années a renoncé à tous les excès qu'il commettait. »

J'examine et interroge le malade, et voici les renseignements qu'il a pu me fournir. Son père est mort d'une maladie de moëlle épinière à 76 ans ; il n'était ni goutteux ni rhumatisant ; sa mère est morte à 75 ans, d'une maladie indéterminée ; son frère et sa sœur sont morts de la poitrine. Le malade est seulement hémorrhoïdaire et ne présente aucun autre antécédent arthritique, (ni rhumatisme, ni goutte ni gravelle). Il est sujet aux bronchites répétées et présente tous les signes de l'emphysème pulmonaire (Legère tendance à l'embonpoint, facies un peu pâle, silloné sur les joues d'assez nombreuses varicosités.

« Les accès nocturnes ont été très rares, et n'ont jamais été provoqués par les rapprochements sexuels.

« Le jour où il vint me consulter, l'action de monter un seul étage, détermina un tel accès, qu'il fut obligé de rester dans l'immobilité la plus complète pendant plus de dix minutes ; il parvint avec peine jusqu'à moi, et, soit par suite d'une certaine émotion, soit plutôt par l'action de se déshabiller et de faire un léger effort, le malade eut encore, en ma présence une violente crise qui dura quelques minutes et qui se manifesta par une pâleur de la face, un léger refroidissement des mains, un affaiblissement marqué de pulsations radiales, une douleur angoissante sous-sternale, avec irradiation aux deux seins et aux deux bras. De plus, le malade se plaignait, dans l'intervalle des attaques, et d'une façon presque continuelle, d'une douleur dorsale assez vive. Quand cet orage fut apaisé, sous l'influence de l'inhalation de 6 gouttes de nitrite d'amyle, qui produisirent immédiatement une coloration violacée de la face, le relèvement du pouls et la cessation de la douleur, je constatai tous les signes d'une aortite subaigüe, avec dilatation légère de l'aorte (battements artériels du cou, soulèvement de la sous-clavière droite, près de 7 centim. de matité aortique, premier bruit légèrement soufflant à la base du cœur, deuxième bruit très retentissant, pouls radial dur et un peu bondissant ; enfin battements du cœur sourds à la pointe, que l'on sent difficilement. Le cœur paraît cependant légèrement hypertrophié ; le choc précordial se sent faiblement un peu en dehors du mamelon, entre le 5e et le 6e espace intercostal.

Rien du côté des autres organes, sauf un état réel d'emphysème, avec légère congestion aux bases pulmonaires. Foie normal. Rien à l'estomac qui n'est pas dilaté. Un peu de constipation.

Diagnostic. — Artério-sclérose commençante chez un ancien syphilitique qui a fait quelques excès d'alcool et de tabac. Aortite subaigüe avec légère ectasie aortique, Angine de Poitrine vraie, par ischémie cardiaque (Sténose des coronaires).

Traitement. — Eviter les marches prolongées contre le vent, l'ascension des étages, les efforts quelconques, les émotions, les mouvements du bras gauche. Observer régulièrement une hygiène alimentaire : boire trois ou quatre tasses de lait par jour, et après chaque repas, 2 pilules de pancréatine à 0,25 centigrammes.

Au moment des accès, inhalation du contenu d'une ampoule à 0,20 centigr. de nitrite d'amyle.

« Tous les quinze jours, pendant trois mois, application de cautérisations ponctuées au niveau de la région aortique. Suivre un traitement ioduré pendant

deux à trois ans, quand même tout accès aurait disparu depuis longtemps. Tous les jours, pendant un mois, un gramme d'iodure de sodium à prendre en deux fois ; le deuxième mois, 1 gr. 50 par jour ; et le troisième mois, revenir à la dose quotidienne d'un gramme.

« Le 7 octobre 1884. — Un peu moins de trois mois après la première consultation, donnée le 15 juillet 1884, je revois le malade. Depuis un mois, il « res- » sent un bien-être qu'il n'a jamais éprouvé depuis deux ans. » Il n'a eu en marchant que de très légers accès, qui disparaissent en une demi-minute à peine lorsqu'il s'arrête. Il n'a même jamais eu besoin d'employer le nitrite d'amyle. La douleur dorsale a complètement disparu, et la marche est devenue possible.

« La matité aortique paraît avoir beaucoup diminué, et ne mesure plus que 6 centimètres. Le souffle systolique existe encore, et le second bruit diastolique est toujours éclatant. En pressant l'artère sous-clavière droite, un peu surélevée, on parvient facilement à supprimer les pulsations radiales du même coté. Battements artériels du cou, à peine appréciables. Râles sous-crépitants aux deux bases pulmonaires ; les urines sont claires et abondantes, mais sans albumine.

Traitement. — 3 grammes d'iodure par jour. Tous les jours, un grain de santé de Franck. Continuer les cautérisations ponctuées et le régime.

« Le 23 décembre 1884. — Amélioration persistante. Le malade n'a pas eu un seul accès ; cependant, sous l'influence de la marche, il éprouve toujours un peu de gêne sous sternale. Continuer le même traitement.

« 17 mars 1885. — Les crises ont complètement disparu, Quelquefois, après un repas plus copieux que d'habitude, ou encore en marchant un peu vite, il éprouve un malaise douloureux dans le bras gauche et au cœur. Mais il n'est plus oppressé par la marche. « Dans ma santé générale, dit-il, je me sens mieux » qu'avant ma maladie. » La matité aortique a encore diminué, elle ne mesure plus que 5 centimètres 1/2. Le souffle systolique de la base a complètement disparu ; le choc précordial commence à se sentir ; les battements cardiaques sont moins sourds.

Traitement. — Continuer l'iodure 1 gr. 50 par jour pendant trois semaines. Cesser pendant 8 jours, et ainsi de suite. Cesser les pointes de feu.

16 juillet 1885. — Amélioration persistante. Cependant, lorsqu'il vient de manger, ou lorsqu'il marche un peu vite, il éprouve encore parfois un léger sentiment douloureux dans les deux bras, mais jamais au cœur. L'appétit est excellent, et jamais le malade n'a éprouvé le moindre trouble gastrique, depuis un an qu'il est soumis à l'iodure, à des doses variant de 1 à 3 grammes par jour.

Traitement. — Continuer le lait et l'iodure de sodium : 2 grammes par jour, en deux fois, pendant trois mois et demi, en cessant huit jours chaque mois.

« 18 novembre 1885. — Le 8 novembre, une heure environ après son dîner, il éprouva, sans cause, une petite crise angineuse (la seule qu'il ait eue depuis son traitement). Elle a duré environ une demi-heure, en commençant par la main (les deux derniers doigts), en continuant par le bras, l'épaule gauche, pour se terminer à la poitrine, en avant du sternum, à gauche, où elle s'est traduite par une sensation d'étau et par des battements. Le lendemain, à peu près à la

même heure, une très légère crise d'un quart d'heure, moins longue et beaucoup moins douloureuse encore que celle de la veille. Ces deux petites crises sont survenues pendant l'interruption des huit jours de la médication iodurée; il a du reste remarqué, que, depuis trois mois, à chaque fois qu'il interrompt pendant huit jours le médicament, il ressentait, en marchant, un léger sentiment douloureux dans les deux bras, avec un peu d'anxiété précordiale. La percussion de l'aorte fait constater une légère augmentation de la matité : 6 centimètres au lieu de 5 1/2 constatés à la dernière consultation. Le premier bruit aortique lent paraît un peu sec et parcheminé, sans souffle ; le second bruit, un peu éclatant; pouls radial et toujours régulier. Aucun point douloureux sur le trajet des phréniques ou des pneumo-gastriques au cou (du reste, jamais ces nerfs n'ont été sensibles à la pression).

Traitement. — 4 grammes d'iodure de potassium par jour, pendant trois semaines chaque mois ; pendant l'interruption de l'iodure, c'est-à-dire pendant huit jours chaque mois, une cuillerée à soupe, deux fois par jour, de solution à la trinitrine. Reprendre, tous les quinze jours, l'application des pointes de feu.

« 20 mars 1886. — Grande amélioration. Le malade peut marcher sans gêne, monter précipitamment l'étage qui le conduit à sa chambre à coucher, sans éprouver ni douleur ni oppression. Quelques douleurs légères sans importance. La matité aortique mesure 5 centimètres 1/2.

« Continuation du traitement.

« 5 juillet 1886. — Amélioration progressive. Le malade est guéri. Continuer l'iodure et la trinitrine,

OBSERVATION CLVI

Inédite et due à l'obligeance de M. H. Huchard.

Angine de Poitrine vraie. — Amélioration par le traitement ioduré.

M. N..., 61 ans, ne présente aucun antécédent diathésique héréditaire ni personnel, ne fait aucun excès alcoolique mais fume beaucoup depuis l'âge de 20 ans (quatre à cinq pipes par jour). Depuis trois ans, un effort quelconque, tel que celui de marcher, de monter un escalier, ou même une émotion provoquent chez lui des accès d'Angine de Poitrine. Jamais ils ne sont spontanés. La douleur siège à la partie moyenne du sternum, c'est une sensation de resserrement des parois thoraciques, une douleur pénétrant jusqu'au dos et irradiant vers le bras droit. Quelquefois elle commence par ce bras, toujours elle s'accompagne de difficulté de respirer.

Les palpitations sont rares.

On note des battements artériels au cou, surtout à droite. Elévation de la sous-clavière droite. Pouls radial lent, non athéromateux, tandis que les artères temporales sont atteintes d'athérome.

Matité aortique de six centimètres.

Auscultation : Deuxième bruit clangoreux à la base. Premier bruit sec, parcheminé, soufflant comme s'il s'agissait d'écrasement d'amidon; il existe un rudiment de bruit de galop.

Octobre 1885. — Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Traitement. — Lait, iodure de sodium 1 gr. 50 par jour, pointes de feu, nitrite d'amyle.

6 Décembre 1885. — Les accès douloureux et dyspeptiques sont moindres, impulsion cardiaque forte, mêmes phénomènes d'auscultation du cœur. L'iodure de sodium est porté à 2 gr. par jour, sirop de stigmates de maïs, vésicatoire sur la région du cœur.

20 Mai 1886. — Les oppressions et les accès douloureux sont moins fréquents et moins forts, ils surviennent surtout lorsqu'il marche après son repas, il lui suffit de s'arrêter pour les faire cesser ; jamais ils ne surviennent spontanément.

Traitement.— Laitage exclusif pendant trois mois, 3 gr. d'iodure de sodium par jour, mouches de Milan.

10 Juillet 1886. — Pas d'amélioration. Le malade ne peut marcher sans éprouver des douleurs rétro-sternales, il éprouve aussi la même difficulté de respirer quand il marche. Il ne souffre pas de vertiges ni de mal de tête. Le régime lacté n'a rien produit. Cependant, il a cessé son traitement il y a huit jours, et il a immédiatement reconnu que les douleurs étaient plus vives et plus fréquentes.

Les battements artériels du cou persistent.

A l'auscultation, mêmes signes que précédemment sauf le bruit de froissement d'amidon qui a disparu à la base.

Traitement. — Trois tasses de lait, 2 à 3 grammes d'iodure de potassium par jour.

25 Octobre 1886. — La marche est plus facile, beaucoup moins douloureuse, il peut parcourir une à deux lieues avec l'obligation de s'arrêter de temps en temps. Il affirme qu'il n'aurait pu accomplir cette marche il y a une année.

Les douleurs angineuses sont moins vives, plus marquées après les repas.

Battements artériels du cou très manifestes, retentissement diastolique au cœur et prolongement systolique.

Le malade prend 3 gr. 50 d'iodure de potassium par jour. Depuis juillet, ce médicament est porté à 3 gr. 75, une cuillerée de la solution de nitritine, laitage.

OBSERVATION CLVII

Inédite et due à l'obligeance du Dr H. Huchard.

Angine de poitrine vraie — légère ectasie aortique — traitement par l'iodure de sodium — disparition des accès.

M. X. B..., âgé de 38 ans, directeur d'une grande papeterie, habitant un climat humide, à Quimper (Finistère), ni syphilitique, ni alcoolique, ni fumeur a eu une pleurésie droite il y a vingt ans; il vient me consulter en mars 1886 ; pendant la guerre, il a souffert de quelques douleurs rhumatismales, puis de coliques hépatiques il y a quatre ans, pour lesquelles il a été à Vichy; ses urines sont très souvent chargées d'acide urique et d'urates. Son père (ni goutteux, ni rhumatisant) est mort d'une angine de poitrine à l'âge de 64 ans; sa mère qui a 62 ans n'a jamais eu de maladie sérieuse; ses frères et sœurs se portent bien (1).

(1) On remarquera dans cette observation et une autre, deux pages plus loin, que les deux malades étaient fils d'angoreux, ce qui plaiderait en faveur de l'hérédité dont nous avons parlé, pages 40 et 41.

Depuis huit mois il éprouve en marchant des douleurs au niveau du cœur, et il y a déjà trois ans, il a été obligé d'abandonner la chasse parce qu'il était subitement pris d'une grande difficulté de respiration lorsqu'il marchait un peu vite, ou qu'il montait. En novembre 1885, il fut pris à plusieurs reprises, sans cause, sans effort, de crises angineuses durant une demi-heure à trois quarts d'heure se répétant tous les jours pendant dix jours environ et consistant en une douleur angoissante commençant vers le troisième espace intercostal gauche, se propageant de là au sternum, puis à l'épaule, au bras, à la main gauche, et s'accompagnant de refroidissement considérable des extrémités. Depuis cette époque, les crises spontanées ont fait place à des crises provoquées par la marche, un effort, une émotion. « Toutes les fois que je marche, dit-il, quand surtout je marche un peu vite pour ne pas manquer un rendez-vous, il faut que je m'arrête brusquement vaincu par la douleur, sans cela je tomberais. Le soir, lorsque je vais me coucher, le simple fait d'exécuter le mouvement de me mettre au lit, me provoque une légére crise. » Parfois il a des accès frustes constitués seulement par de la douleur et de l'engourdissement du bras gauche avec légère angoisse présternale.

A l'auscultation du cœur et de l'aorte, je ne constate aucun souffle. Mais les battements de cœur sont un peu sourds et faibles sans arythmie. Pas de battements artériels au cou, pouls radial un peu dur et concentré, lent (à 56 ou 60.) La matité aortique mesure 5 centimètres 1/2.

Diagnostic : Angine de poitrine vraie; légère ectasie aortique.

Traitement.— 2 grammes 50 d'iodure de sodium par jour; pointes de feu tous les dix jours; laitage; inhalations de nitrite d'amyle au moment des accès.

Le 24 mai, le Dr Dupont, de Quimper, son médecin m'écrivait: Le traitement suivi de la façon la plus rigoureuse, fut suivi rapidement d'une réelle amélioration des manifestations angineuses. Les attaques, moins intenses, moins fréquentes continuèrent à se montrer indifféremment le jour ou la nuit... Il y a quinze jours, le malade fut très effrayé d'un léger saignement de nez et de quelques crachats sanguinolents qu'il faut attribuer à un peu d'épistaxis postérieure, et non comme on l'a cru à une complication quelconque de côté des organes respiratoires.

Le 12 juillet 1886, le malade revient me consulter, et je constate une grande amélioration. Il n'y a eu aucune crise angineuse depuis le début du traitement; le malade peut maintenant marcher un peu vite sans éprouver d'oppression, ni de douleur. Cependant quelquefois encore, il éprouve comme une sensation de resserrement au cœur, seul vestige des anciennes crises si douloureuses qu'il avait éprouvées autrefois. Le pouls qui était lent bat maintenant à 80 par minute. Rien au cœur ni à l'aorte.

Vu le 14 décembre 1886. — L'été a été excellent, le malade peut maintenant marcher, faire quelques efforts sans douleur. Depuis sept mois, il n'a jamais eu aucune grande crise, et même il n'a jamais eu aucune douleur angineuse, si petite qu'elle fût. Le pouls est à 86, les battements du cœur sont normaux, sans bruit de souffle. Le malade peut courir dans mon cabinet sans avoir la moindre impression douloureuse.

La matité aortique est absolument normale.

Le malade prenait 1 gramme 30 d'iodure de sodium par jour et une cuillerée à soupe de solution de trinitrine. Malgré l'amélioration considérable qui est presque une guérison, j'ordonne 2 grammes d'iodure par jour et je fais cesser la trinitrine.

OBSERVATION CLVIII

Inédite et due à l'obligeance du Dr H. Huchard.

Angine de poitrine vraie — irradiations douloureuses dans le membre supérieur droit — athérome artériel et aortique chronique — traitement ioduré — guérison.

Le 10 avril 1885, je vois à Rueil madame T... avec son médecin M. le Dr Bacquias qui m'a donné les renseignements suivants sur sa malade :

« Madame T... a 68 ans, elle a toujours été d'une santé délicate et sujette aux névralgies. Réglée à 14 ans, mariée à 18 ans. Trois grossesses (19 ans, 21 ans, 24 ans.) Depuis l'âge de 43 ans, elle a été sujette à des coliques hépatiques pour lesquelles elle est allée à Vichy pendant dix années consécutives. Sa mère, d'une excellente santé, est morte à un âge très avancé ; son père était rhumatisant. Son frère est mort d'une cirrhose hépatique, de nature alcoolique. Cette dame a depuis son enfance beaucoup travaillé (dans l'industrie du blanchissage), exposée fréquemment aux courants d'air et aux variations de température.

Depuis deux ans, madame T.,. éprouvait de l'oppression lorsqu'elle sortait, le soir à la fraîcheur, ou lorsqu'elle marchait vite. Dans les trois ans qui ont précédé sa première attaque d'angine de poitrine, ces accès de dyspnée augmentaient de force et de fréquence.

Le 12 janvier 1885, en montant une rue, à pente un peu raide, elle fut prise brusquement d'une vive douleur dans la région précordiale avec sensation d'angoisse et irradiation vers le bras gauche.

1er avril, nouvelle crise de dix minutes.

2 avril, deux crises semblables.

3 avril, crise très forte pendant la nuit d'une durée d'une heure. Comme toujours la douleur est rétro-sternale, avec maximum à la partie moyenne du sternum, avec irradiation au bras droit, à l'avant bras, jusqu'aux deux derniers doigts, mais jamais à gauche. Le 4 avril, vers quatre heures de l'après-midi, sous l'influence d'un effort, la malade est prise d'un accès angineux d'une violence extrême, accès auquel, dit le Dr Bacquias, j'ai assisté pendant une heure et demie : Douleur poignante dans la région du cœur avec sensation d'angoisse et de suffocation imminente ; cette fois, irradiation dans le bras gauche qui était comme paralysé et que le malade n'osait soulever ; la malade avait les yeux hagards, la face violacée, les lèvres presque noires ; une fine écume rosée sortait de sa bouche ; pouls petit, misérable, à peine perceptible ; battements du cœur réguliers, sans arythmie, mais sourds et très faibles. La malade, atterrée par la douleur, pouvait à peine proférer une parole, et à chaque instant, voyant les extrémités se refroidir, le pouls s'affaiblir de plus en plus, je m'attendais à voir l'asphyxie terminer cette scène émouvante. La crise disparait, la malade revient à elle après une heure et demie.

Le 5 et le 6 avril, la malade a encore une crise légère de dix minutes. Elle remarque elle-même que les accès se produisent toujours lorsqu'elle veut faire des mouvements, ou quand elle va à la garde-robe. »

C'est dans ces conditions que je vois la malade le 10 avril 1885, avec mon confrère, M. Bacquias, de Rueil. Je constate tous les signes de l'athérôme artériel et d'une aortite chronique. La matité aortique mesure un peu plus de dix centimètres. Les bruits du cœur sont un peu faibles, mais réguliers ; je constate un bruit de souffle systolique au foyer aortique. Les urines sont normales et ne contiennent ni albumine ni sucre.

Donc, en m'appuyant sur le caractère des accès angineux, sur leur provocation par la marche ou les efforts, et aussi l'existence de l'aortite chronique et de l'athérôme artériel, j'établis le diagnostic d'*Angine de Poitrine vraie.* J'institue en conséquence le traitement suivant :

Prendre par jour trois grammes d'iodure de sodium en deux fois ; application répétée de mouches de Milan ou de pointes de feu sur la région cardio-aortique ; boire trois tasses de lait par jour ; inhalations de nitrite d'amyle au moment des accès.

Sous l'influence du traitement suivi ponctuellement par la malade, les crises deviennent progressivement moins fréquentes et surtout beaucoup moins violentes. La malade qui tient un compte exact de ses accès, en a inscrit vingt et un du 10 avril au 1er octobre, mais ils sont constitués seulement par un peu d'oppression et de douleur précordiale lorsque la malade fait par exemple un effort pour monter dans son lit. Depuis le 13 juillet, m'écrit encore son médecin, il n'y a plus, à proprement parler d'accès de cardialgie, il y a seulement un peu de dyspnée, quand la malade exécute certains mouvements, certains efforts. Depuis le mois de juin même, la malade fait dans la ville de petites courses sans en être le moins du monde incommodée. En même temps que cette amélioration considérable se produisait, je constatais de mois en mois, le retrait de l'aorte. Ainsi le 21 mai, cinq semaines après le traitement ioduré, la matité aortique qui était de six centimètres ne mesurait plus que cinq centimètres, et un mois plus tard, elle n'était plus que de quatre centimètres et demi. Enfin, fait que je ne m'explique pas, il y a un mois je n'ai plus retrouvé le souffle si net que nous avions constaté au mois d'avril et que j'avais toujours retrouvé, quoique progressivement affaibli, à chaque examen que je ne manquais jamais de pratiquer à chaque visite chez ma malade. Aujourd'hui 25 janvier 1886, jour où je vous écris, je regarde la malade comme absolument guérie de son angine vraie dont elle n'a éprouvé aucune atteinte, petite ou grande depuis octobre 1885. Elle continuera encore son traitement ioduré et ses précautions hygiéniques pendant plus d'un an.

OBSERVATION CLIX

(Inédite et due à l'obligeance du Dr H. Huchard.)

Angine de poitrine vraie — artério-sclérose — aortite subaiguë — accès angineux d'abord très fréquents, survenant sous l'influence de la marche et du moindre effort — disparition complète sous l'influence du traitement ioduré.

M. X..., 48 ans, officier, vient me consulter le 4 juillet 1885. Syphilis il y a vingt-cinq ans, les derniers accidents datent de 1865. Pas d'alcoolisme ; ni goutte, ni rhumatisme dans la famille. Il ne fume plus depuis 25 ans. Sa mère est morte de vieillesse à 77 ans ; son père âgé de 90 ans vit encore. La femme est morte phthisique il y a six mois ; de ses trois enfants, l'un est mort récemment de méningite tuberculeuse, un autre est phthisique, le troisième est bien portant.

Il y a une dizaine d'années il éprouva des angoisses dans la région du cœur, avec douleurs au poignet lorsqu'il faisait un mouvement un peu vif; ces troubles furent très longtemps sans se reproduire.

En juillet 1884 il eut un premier accès angineux pendant la marche, sous l'influence d'un coup de vent; il fut pris d'une douleur très vive au cœur et forcé de s'asseoir un instant. Le lendemain nouvel accès violent; il éprouvait vers la partie inférieure de la région précordiale une douleur ressemblant à une poussée vers l'extérieur avec angoisse; la douleur se propageait aux mâchoires, aux épaules, aux poignets, et était plus vive du côté gauche. Cet accès a duré plusieurs heures avec des mouvements d'accalmie d'un quart d'heure.

Dans les cinq mois qui suivirent, il eut quatre à cinq accès venant la nuit spontanément. Il est resté chez lui six mois sans pouvoir bouger, toutes les fois qu'il voulait se coucher sur le dos, survenait la douleur au cœur et aux poignets. Il était obligé de reposer sur son séant, comme les asthmatiques. S'il mangeait un peu plus le soir, il était pris d'accès d'angoisse pendant la nuit.

Aujourd'hui, il n'a plus ces accès, mais il fait toutes ses promenades en voiture, ne peut faire que quelques pas, à cause d'oppression douloureuse; il demeure au deuxième étage, pour y monter il est obligé de s'arrêter quatre à six fois. Il éprouve presque constamment une sensation de barre transversale à la base et en avant de la poitrine. Matité de l'aorte de cinq centimètres à peine. Pas d'élévation de la sous-clavière gauche, ni de battements des artères du cou, mais ondulations veineuses à la base du cou.

La pointe du cœur bat à deux travers de doigt au-dessous du mamelon : Bruit de galop manifeste; premier bruit sec à la base; deuxième bruit clangoreux.

Le pouls est un peu tendu, dur et inégal; il est un peu plus fort à droite. Urines normales.

Diagnostic : Aortite subaiguë; angine de poitrine vraie; artério-sclérose.

Traitement. — Pointes de feu; 2 grammes d'iodure de potassium par jour; 3 tasses de lait par jour; nitrite d'amyle. Le 6 juillet l'iodure est porté à 3 grammes par jour. A partir du 12 il prendra chaque jour 6 des pilules suivantes : extrait de convallaria, 6 grammes pour 30 pilules.

18 juillet 1885. Les accès d'angine ont disparu, mais il n'en est pas de même de l'oppression qui est toujours violente et se montre au moindre effort ou mouvement. Il existe un point douloureux sur le phrénique droit au niveau du quatrième espace intercostal.

Traitement.— 3 grammes 50 d'iodure de sodium et 1 gramme 20 d'extrait de convallaria par jour pendant 8 jours; cesser huit jours, puis reprendre de même; laitage; pointes de feu; cigarettes de cannabis indica; pilules de cynoglose contre l'insomnie.

13 avril 1886. La guérison est presque complète; le malade n'a pas eu d'accès angineux depuis plus d'un an. La difficulté de la marche persiste à cause de l'oppression seule qui en résulte. La sensation de barre transversale au-devant de la poitrine n'existe plus, il en est de même des battements artériels du cou. Les membres inférieurs présentent un œdème notable.

A l'auscultation, rudiment de bruit de galop, deuxième bruit clangoreux à la base, mais pas de souffle à la pointe du cœur.

Traitement.— 2 grammes 50 d'iodure de sodium par jour ; régime lacté pendant quinze jours ; mouches de Milan.

15 mai 1886. Toujours pas d'angine, mais tous les dix jours, de temps à autre, douleur légère au poignet gauche quand la température change brusquement. L'œdème et l'oppression ont disparu sous l'influence du régime lacté. Cependant la dypsnée semble vouloir revenir depuis deux ou trois jours. Les repas du soir même copieux ne donnent plus ni angine ni dyspnée.

Le malade prend deux cuillerées par jour de la potion suivante :

Eau distillée.	280 gr.
Iodure de sodium	25 —
Extrait thébaïque	0 05

J'ordonne de plus pendant dix jours une pilule de digitale de 5 centigrammes chaque jour.

OBSERVATION CLX

Due à l'obligeance du Dr H. Huchard.

Angine de poitrine vraie chez un goutteux. Les premiers accès revêtent la forme gastralgique, puis les douleurs siègent nettement dans la région du cœur — accès spontanés et provoqués d'abord, ensuite de plus en plus rares — observations en faveur de la médication iodurée.

M. le Dr L... me consulte le 20 janvier 1886, il est âgé de 50 ans, d'une constitution forte, sans adipose : son poids est de 88 kilogrammes.

Son père mort subitement à 65 ans, était athéromateux, avait éprouvé des accès d'angine de poitrine (1) et présentait une hypertrophie du foie. Sa mère, qui a succombé à une affection aiguë de poitrine, était cardiaque et emphysémateuse.

Jusqu'à l'âge de 35 ans, il était sujet à des bronchites et à des amygdalites fréquentes. A partir de cette époque le foie commença à dépasser le rebord des fausses côtes, la pression sur la région hépatique était douloureuse, les urines contenaient des dépôts uratiques. En 1869, deuxième attaque de goutte plus sévère portant sur les pieds et les mains. En 1870, ictère.

En 1885, fracture de jambe qui nécessite une immobilisation de quarante jours, mais ne se complique d'aucune manifestation diathésique.

Sa vie est très active ; son régime alimentaire très animalisé ; il mange beaucoup, fait un usage modéré de liqueurs alcooliques, mais il fume jusqu'à 40 grammes de tabac par jour.

Voici la relation que ce confrère éclairé nous a envoyée de sa maladie.

Le 6 juillet 1885, quatre mois après la fracture de jambe sous l'influence d'une marche rapide, il éprouve une douleur vive à l'épigastre, irradiant sous le sternum, vers la région du cœur et vers l'épaule gauche.

Bientôt cette douleur, naissant toujours à la suite d'un effort, devint de plus en plus violente, siégeant manifestement dans la région cardiaque. Elle commence par de l'angoisse, devient extrêmement aiguë, constrictive et entrave complètement les mouvements. Le moindre temps d'arrêt la fait cesser, mais elle reparaît après quelques pas ou un effort un peu prolongé. Le malade la

(1) Nouveau témoignage en faveur de l'hérédité.

compare à la sensation d'un instrument mousse qui pénétrerait lentement dans la poitrine, ou à la compression du thorax dans un étau. Souvent elle s'accompagne d'un engourdissement dans les épaules plus marqué à gauche qu'à droite; souvent aussi elle s'irradie dans le bras et l'avant-bras gauche, ainsi que dans les deux derniers doigts de la main correspondante.

Quinze jours après l'apparition des premiers accidents, surviennent des crises spontanées pendant la nuit; moins vives que les douleurs provoquées, elles ont le même siége et les mêmes caractères. D'assez courte durée (15 à 20 minutes au plus), elles sont quelquefois liées à une émotion morale légère ou à un trouble digestif passager. Jamais on n'a observé de sentiment de détresse, ni refroidissement des extrémités, ni aucune altération de pouls. Enfin des points douloureux constants très circonscrits existent dans la région antérieure de la poitrine autour du mamelon, ainsi qu'en arrière du niveau de l'épine de l'omoplate.

L'auscultation ne révèle rien du côté du cœur. Les poumons sont atteints d'emphysème, ce qui permet d'expliquer en partie l'oppression légère que ressent le malade depuis plusieurs années.

25 février 1886. Le malade prend de 1 gramme à 1 gramme 50 d'iodure de potassium par jour depuis huit mois; il en éprouve une amélioration très notable. Au début il ne pouvait faire le moindre effort, pas même monter son escalier, sans avoir un accès, il en avait jusqu'à quinze par jour. Les premières douleurs siégeaient au creux épigastrique, il y éprouvait une sensation de brûlure, de constriction, d'écrasement.

Aujourd'hui, ces crises sont beaucoup moins fréquentes, elles se sont déplacées et siégent nettement dans la région du cœur, il peut marcher et mieux courir, sans être arrêté par un accès angineux. Pendant ces crises, il n'éprouve pas de sensation d'angoisse, ni de fin prochaine, il ne présente aucune tendance à la syncope. Comme toujours, les accès sont calmés par la suspension de l'effort.

Il continua l'usage de l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme 50 par jour.

5 juin 1886. M. le Dr C... a repris toute son autorité et retrouvé ses forces; mais il n'est pas débarrassé de ses crises angineuses qu'il provoque à volonté; cependant elles apparaissent sous l'action d'un effort plus grand, et sont moins intenses qu'autrefois. En pays plat, il ne ressent plus rien, et s'il n'habitait dans une contrée accidentée, il se croirait complétement guéri. Les crises spontanées ont entièrement disparu.

Il continue la médication iodurée.

Voici comment s'exprime M. Huchard pour expliquer cette action favorable et pour ainsi dire spécifique de la médication iodurée.

« Faut-il invoquer les vertus résolutives des iodures, admises par tous les auteurs? Mais cette vertu résolutive est un fait que l'on constate et que l'on explique difficilement. Il est probable cependant que les iodures doivent leur efficacité, dans le traitement de l'aortite et de l'angine de poitrine vraie, à leur action sur la circulation : sous leur influence, le pouls gagne en force et en fréquence, les capillaires artériels se développent et se dilatent, la chaleur péri-

phérique augmente, la tension vasculaire diminue, et cette fièvre artificielle s'accompagne de congestion faciale et céphalique, rappelant ainsi de loin les effets du nitrite d'amyle. Les iodures provoquent aussi la résorption des exsudations pathologiques, accélèrent le mouvement de dénutrition en s'opposant à la stagnation globulaire et en rendant le sang plus fluide, comme l'a dit Gubler (1). La preuve, c'est que si l'on fait passer de l'eau pure dans un tube capillaire, elle coulera avec une certaine lenteur et finira même par s'arrêter, tandis que si l'eau est chargée d'iodure de potassium, elle semblera plus fluide et traversera plus rapidement est plus facilement le tube.

Nous préférons pour notre part cette dernière explication à celle que M. Brown-Séquard a proposée. D'après lui, les iodures agissent au contraire en améliorant la nutrition du système nerveux, et le fameux aphorisme d'Hippocrate : *sanguis moderator nervorum*, doit être transformé en celui-ci pour ce qui regarde la neuropathologie : *La bonne nutrition des centres nerveux modère leur excitabilité réflexe.*

Quoi qu'il en soit, les explications passent et les faits restent. Or il est démontré pour nous, de la façon la plus formelle, que l'iodure de potassium, en s'adressant à la cause principale de l'angine de poitrine vraie, à l'aortite, produit les meilleurs effets pour prévenir les accès angineux ; et, comme le diagnostic de l'angine de poitrine vraie et des pseudo-angines n'est pas toujours facile, nous sommes d'avis que dans tous les cas douteux, dans ceux où l'on ne peut que *soupçonner* l'existence d'une aortie, on doit avoir recours de bonne heure au traitement ioduré.

« Il existe, ajoute encore M. Huchard dans un mémoire sous presse en ce moment *(De la Nature artérielle de l'Angine de Poitrine et de son Traitement)*, tout un groupe d'affections cardiaques, tributaires de la médication iodurée, ce sont celles qui ont le cœur pour siège et les artères pour origine; ce sont celles qui atteignent le myocarde après avoir altéré les artères nourricières du cœur. Il existe encore tout un groupe d'arythmies que l'on range à tort parmi les affections mitrales sans souffle. Ces affections sont des « cardiopathies artérielles » qui prennent des noms différents suivant qu'elles atteignent seulement les artères coronaires, le myocarde, l'aorte et le cœur ensemble. Elles ont toutes des caractères cliniques communs; elles sont, comme je le disais il y a quelque temps, « latentes dans leur évolution, insidieuses dans leur début, paroxystiques dans leur marche, accidentées et saccadées dans leurs allures, compliquées et variables dans leurs manifestations viscérales, soudaines et brutales dans leurs explosions asystoliques. » Le cœur souffre secondairement et c'est le système artériel tout entier qui a été atteint primitivement. Par conséquent diriger les efforts de la thérapeutique contre le cœur seul, ce serait commettre une faute absolument semblable à celle qui consisterait à ne voir par exemple qu'une congestion pulmonaire secondaire, sans souci de la cause qui l'a produite. C'est donc moins à la médication cardiaque qu'à la médication artérielle qu'il faut s'adresser; c'est ce principe qui m'a guidé dans le traitement des angines vraies, comme il devrait nous inspirer toujours dans

(1) Gubler. — Leçons de thérapeutique, 1880, 2e édition, p. 474.

le traitement des cardiopathies ou néphrites artérielles et dans toutes les maladies tributaires de ce grand processus morbide, l'artério-sclérose (1). »

Il est un autre médicament que nous nous étonnons de pas voir employé dans le traitement des Angors de causes organiques, l'*Iodoforme*. Sans aucun doute, il rendrait les mêmes services dans tous ceux dépendant d'une dégénérescence scléreuse du myocarde, d'une aortite chronique ou d'une sténose des coronaires. Peut-être même la puissance curative de l'iodoforme dans ces cas si graves dépasserait-elle celle des iodures alcalins s'il est vrai qu'en outre des mêmes propriétés résolutives comme altérant, il jouit de celle de dissiper rapidement, ainsi que le dit M. le professeur italien Testa, tous les troubles fonctionnels du cœur symptomatiques d'une lésion des valvules ou de ses orifices.

Terminons en disant que chez les angineux ayant une tension artérielle exagérée et dont les accès sont déterminés par l'ischémie cardiaque, il faut s'abstenir de tout médicament augmentant la tension artérielle ou la vaso-constriction. J'ai été frappé du soin méticuleux avec lequel M. Liégeois, dans sa *Thérapeutique raisonnée des Cardiopathies*, étudie à ce point de vue chacun des agents médicamenteux proposés contre l'*Angor*. Comme M. Huchard, pour ces classes d'Angine, il proscrit la digitale, l'ergot de seigle, le bromure de potassium. M. Liégeois n'emploie accessoirement ces substances que dans les cas où la maladie de Rougnon-Heberden s'accompagne des symptômes d'ectasie cardiaque. « En pareille circonstance, dit-il (2), la tension vasculaire est considérablement diminuée; comme tout le reste du système artériel, les artères coronaires reçoivent peu de sang. Renforcez le cœur par la digitale ou le bromure de potassium, relevez la tonicité vasculaire, favorisez en un mot le cours du sang dans tout l'arbre circulatoire et conséquemment dans les artères coronaires et vous ferez disparaître l'Angine de Poitrine parce que vous aurez supprimé l'ischémie qui l'a engendrée. »

M. Huchard conseille en outre de s'abstenir de tout médicament pouvant affaiblir la contraction cardiaque, tels que la vératrine, le

(1) Extrait d'une communication de M. H. Huchard sur la *Nature artérielle de l'Angine de Poitrine et son traitement.*

(2) Ch. Liégeois. — Revue médicale de l'Est, loc. cit. 15 février 1883, p. 119 et 120.

nitrate d'argent, le chloral, la cocaïne, les sels de potassium pour employer les médicaments vaso-dilatateurs, combattant l'ischémie, fortifiant la contraction cardiaque et diminuant la tension artérielle (morphine, nitrite d'amyle, trinitrine).

3° TRAITEMENT DE L'ANGINE DE POITRINE NÉVRITIQUE

Nous avons dit que l'Angine de Poitrine névritique accompagne tantôt les altérations de l'aorte (dilatation, insuffisance sygmoïde, anévrysmes faux, aortites), tantôt l'inflammation du nerf diaphragmatique, tantôt enfin, la péricardite aiguë ou chronique.

Nous avons rapporté, dans nos observations, assez de preuves de l'imminence du péril pour faire comprendre avec quelle rapidité il faut agir dans cette circonstance.—Seulement, nous devons l'avouer, la thérapeutique est ici bien limitée.

On ne connaît, à proprement parler, indépendamment de la médication générale, dont nous avons parlé précédemment, et qui est une médication d'attente pour ainsi dire, que deux sortes de traitements à mettre en œuvre : 1° le traitement antiphlogistique et révulsif; 2° le traitement par les altérants, autrement dit, la médication artérielle.

C'est M. Péter surtout qui, fidèle aux principes de son illustre maître, Trousseau, a insisté sur l'utilité de la méthode antiphlogistique : « Ce sont encore les émissions sanguines qui constituent, dit-il, le moyen le plus efficace. » N'hésitez pas, malgré la pâleur du visage qui n'est pas, dans ce cas, celle de l'anémie, mais qui dépend de la contracture des vaisseaux périphériques, de ce que j'appelle le *tétanos vasculaire* par retentissement sur le sympathique, n'hésitez pas, dis-je, à appliquer une demi-douzaine de ventouses scarifiées ou à faire mettre trois ou quatre sangsues, chez les hommes à la région sternale supérieure, au niveau du plexus cardiaque; chez les femmes, un peu plus bas... J'ai vu cette médication réussir, en ville comme à l'hôpital, à calmer les douleurs névritiques, contre lesquelles avaient échoué les moyens antispasmodiques les plus variés. »

OBSERVATION CLXI

(Péter. — Clinique méd., P. 494.)

Une dame sujette à des exacerbations de névrite cardiaque chronique, liée à l'existence d'une lésion cardio-aortique (retrécissement de l'orifice de l'aorte), s'est trouvée si bien d'une première application de six sangsues que je lui avais faite, et dont on avait laissé couler les piqûres pendant une heure, à l'occasion

d'une des plus violentes attaques que j'aie jamais vues, que dans ses attaques ultérieures, elle en réclamait de nouveau l'application et le bénéfice. Or, cette médication n'a pas eu seulement un résultat temporaire : les attaques de névrite sont devenues plus rares et moins intenses.

Lorsque l'attaque a lieu sous forme dyspnéique et que le malade semble suffoquer : « N'hésitez pas, dit M. Péter, à ouvrir la veine ; une saignée fait immédiatement disparaître l'angoisse. »

OBSERVATION CLXII
(Péter. — Loc. Cit.)

Dans un cas où le malade, homme de cinquante-six ans, était en proie à une oppression qui paraissait devoir être mortelle, bien qu'il n'y eût aucun râle dans la poitrine, je n'ai pas été arrêté par la pâleur de la face, dont le nez s'était déjà effilé. — Une saignée de 500 grammes mit fin aux accidents. Avant la saignée, il suffisait, depuis près de quarante-huit heures, du plus léger effort pour provoquer l'attaque ; après l'émission sanguine, le rétablissement s'est opéré progressivement, c'est-à-dire que le malade a pu reprendre avec prudence ses occupations habituelles, bien qu'il ait toujours sa névrite cardiaque chronique (par aortite), avec ses points douloureux, rétro-sternaux et diaphragmatiques gauches. — Je ne doute pas que sans la saignée, il n'eût succombé à cet état paroxsytique, qu'avait fait naître une journée fatigante, précédée d'assez nombreuses émotions.

M. Péter prescrit en outre de donner de l'éther pendant l'exacerbération, soit en perles, (de 4 à 6), à dix ou quinze minutes d'intervalle, soit en gouttes (20 ou 30), sur un morceau de sucre et en rapprochant les doses.

Les sangsues une fois tombées, M. Péter conseille les ventouses ou l'application de vésicatoires, mais, avant, de réchauffer le malade en l'entourant de boules d'eau chaude, en dilatant avec des Rigolot ses vaisseaux périphériques contracturés et d'*exciter* simultanément le système nerveux central par des boissons aromatiques, légèrement alcoolisées, telles que le thé au rhum.

Dans l'Angine névritique, M. Péter ne conseille pas les injections hypodermiques de morphine à la région du cœur « parce qu'elles ne sont dirigées que contre l'effet de la névrite, la douleur, et que, d'autre part, on les a vues produire la syncope en dehors de l'Angine de Poitrine. » Or celle-ci pouvant la provoquer d'elle-même, il insiste sur le danger possible de cette médication, d'ailleurs purement palliative ; nous nous permettons d'en appeler de cette opinion : les injections de morphine sont précieuses pour obtenir quelque répit et éloigner le dernier acte de la tragédie angineuse,

et, tout bien pesé, en présence d'une maladie où gagner du temps est d'une importance suprême, l'injection de morphine a une utilité bien reconnue, à moins qu'on ne tombe sur des idiosyncrasies tout-à-fait exceptionnelles. En outre, M. Péter est-il bien sûr que la morphine n'a pas une action particulière contre l'ischémie cardiaque et ne l'avons-nous pas démontré plus haut ?

N'oublions pas que dans la recherche des points où il existe une exagération de la sensibilité du cœur, de l'aorte ou des nerfs phéniqués, M. Péter recommande avec raison de ne pas presser du bout du doigt dans les cas d'Angine de Poitrine, car on pourrait fort bien déterminer un accès. Il est bon même dans ces circonstances de ne pas fatiguer le malade par trop de questions et de le prier de ne se dévêtir que lentement et sans précipitation; cela seul suffit, en effet, pour faire reparaître l'orage. M. Huchard a eu un malade dans son service qui avait un accès angoreux aussitôt qu'un médecin l'interrogeait.

M. Péter recommande en outre de s'attacher à combattre sans relâche la névrite qui entretient l'imminence angoreuse « A névrite chronique, revulsions chronique. Dans l'intervalle des exacerbations, applications quotidiennes de teinture d'iode sur la région précordiale, trois jours par semaine, au-dessus du sein; les trois autres jours au-dessous, ou bien, sinapismes matin et soir sur les mêmes régions. C'est dans ce cas qu'un cautère est bienfaisant, non pas pour combattre l'hypertrophie du cœur, qui n'est qu'un effet consécutif et nécessaire des efforts de l'organe, mais pour agir à la fois contre la lésion persistante de l'aorte, et contre la névrite cardiaque. » Ce cautère doit être appliqué au deuxième espace intercostal gauche, près du sternum.

Au résumé, dit M. Péter, fort énergique dans ses conclusions : « Au cas de *Névrite*, révulsion sanglante, il y a péril de mort ; au cas de névralgie, révulsion moins énergique ; il n'y a que menaces. — Dans le premier cas, traitement ultérieur de la lésion et de l'individu ; dans le second cas, traitement de l'individu seulement. — » Si, par une interprétation hâtive de l'expérience de Weber sur le nerf pneumo-gastrique, on ne veut voir dans les accidents que nous venons d'étudier, qu'une névrose de ce nerf, on est conduit théoriquement à rejeter dans les cas les plus redoutables (ceux de névrite cardiaque), à rejeter, dis-je, l'emploi des émissions sanguines et à conseiller une thérapeutique anti-nerveuse, tristement impuissante,

pendant l'emploi de laquelle, le malade peut périr ; mais qui laisse, il est vrai, cette singulière conolation de se dire que, si le malade est mort, au moins n'est-il pas mort anémié. »

D. — La gravité de l'Angine de Poitrine névritique accompagnant la *Péricardite aiguë* n'étant pas moins grande, il y a lieu de la combattre avec une extrême énergie, si on veut éviter les épanchements et une terminaison malheureuse. M. Péter conseille donc « de verser le sang avec une hardiesse salutaire, soit par une saignée, si le système nerveux n'est pas trop sidéré, soit par une large application de sangsues répétée douze heures après et couronnée par l'application d'un vésicatoire. » La pâleur de la face ne doit pas non plus en cette occurrence arrêter le médecin, car elle n'est que le résultat d'une anémie locale et d'une contracture des vaso-moteurs.

Dans l'Angor accompagnant la *Péricardite chronique*, c'est surtout aux révulsifs les plus énergiques (vésicatoires fréquemment renouvelés, pointes de feu), aux diurétiques (scille et digitale), qu'il faudra avoir recours, concurremment avec la médication sédative particulière aux accès.

E. — Les *Obèses atteints d'Angor* dû à la surcharge ou à la dégénérescence graisseuse du cœur, doivent ajouter au traitement médical le traitement général de leur obésité : ils prolongeront ainsi leurs jours, en tonifiant leur muscle cardiaque. Nous énumérerons plus loin les principales règles de cette médication, basée sur les observations de Dancel.

En suivant ponctuellement ce traitement, ce qu'on n'obtient pas toujours avec facilité, les angineux obèses obtiendront généralement une grande amélioration dans leurs accès.

Dans les cas d'*Angor Pectoris* de ce genre, il serait imprudent de donner la digitale qui, en faisant contracter les petits vaisseaux, augmente la tension artérielle et produit des arrêts du cœur. Par contre, le Dr Edgar Kutz, de Florence, a cru trouver dans le nitrite d'amyle un agent susceptible de réveiller la vitalité des fibres musculaires encore normales. D'après lui, cette substance a l'avantage d'agir vite et permet de voir presque immédiatement si son action est réellement utile ou non.

F. — Le traitement de l'Angor accompagnant la *Myocardite sclé-reuse* est le même que celui que nous avons indiqué précédemment, en parlant de l'Angor dépendant de l'artério-sclérose.

Il est rare que l'*Anginophobie* se montre chez les angineux de causes organiques. Cela arrive cependant, et nous avons cité l'exemple de ce malade de Blackall, qui en était arrivé à ne pouvoir parler, sans avoir un accès ; il en était même atteint lorsque, dans son restaurant, on lui demandait comment il se portait, mais elle se rencontre plus fréquemment chez les névropathes, qui sont en général des gens à imagination vive.

On comprend combien, en cette occasion, il sera important, pour le médecin, d'agir sur l'esprit de son malade, en cherchant surtout à le rassurer, en lui montrant qu'en raison même de cette fréquence des accès, il n'est affligé que d'une angine névropathique, ne laissant pas de trace dans l'organisme et n'occasionnant pas d'altération du cœur. C'est surtout auprès de ce genre de malades qu'il fera bien de dire et de répéter ce *mot consolateur* d'*Angine fausse*, qui semble avoir été créé, par M. Huchard, tout exprès pour ces infortunés, mot que le malade le moins érudit comprend aisément, accepte et se redit avec tant de joie intérieure. Qu'un évènement fâcheux vienne plus tard démentir notre prédiction et les espérances du malheureux angineux, le médecin aura, du moins, éloigné pour quelque temps ce spectre terrible de l'Angor, aura rendu ses jours plus sereins, écarté quelques accès, fait œuvre de bien et de charité ! Il aura accompli cette part de notre mission, qui consiste à consoler; on sait que pour y arriver : « *Œgrotantem medico decipere lis est !* »

G. — Le rôle du médecin dans l'*Angor Pectoris* accompagnant la *Rupture du cœur*, ne peut être que palliatif; quand ces cas ne sont pas (ce qui arrive le plus souvent) tout-à-fait foudroyants.

H. — Quant au traitement de l'*Angor Pectoris* causé par l'existence de tumeurs *intrà-thoraciques* ou *intrà-abdominales*, il est évident qu'il doit avoir pour objectif suprême la diminution ou la suppression de la maladie organique en cause (abcès ou tumeurs du médiastin, adénopathie bronchique, hépatite, cancer du foie, hypertropie ou infiltration des ganglions mésentériques). (1).

---

(1) De jour en jour, on s'apercevra que ces causes jouent un rôle plus considérable qu'on ne le croyait. C'est ainsi que dans une des séances du mois de janvier de la Société des Sciences médicales de Lyon, M. H. Mollière a décrit une observation d'*Angor Pectoris par compression du plexus solaire*. — Le malade, cachectique avancé, éprouvait des accès fréquents de suffocation, d'angoisse, de palpitations cardiaques avec sensation

H. — Traitement Hygiénique.

Le traitement hygiénique des malades atteints d'Angine de Poitrine est excessivement important et nous le traiterons avec le plus grand soin.

L'angoreux doit s'attacher à éviter toutes les causes qui peuvent exagérer l'action du cœur, les fatigues, les veilles prolongées, les excès d'aliments ou de boissons, les représentations théâtrales dramatiques, les émotions vives. (1).

Se rappeler, ainsi que l'a dit M. Bucquoy, que le cœur vieillit plus vite que les autres organes et qu'une fois touché il conserve l'empreinte du mal.

A plus forte raison, doit-on éviter toute cause déterminant le surmènement du cœur (*Overworck* de Clifford Albutt, *Ueberanstrengung* de Seitz). Il est des professions réclamant le mouvement actif du bras gauche qu'un angoreux ne doit pas embrasser ou qu'il doit abandonner s'il a des accès d'angine pendant qu'il les exerce ; ainsi les bateliers, les rameurs, les charpentiers, les maçons, les ardoisiers, les boulangers, les plâtriers atteints de cette affection doivent y renoncer au plus vite. Les avocats, avoués, les magistrats, les prêtres, les politiciens parlant en public. les chanteurs et les chanteuses, les musiciens jouant d'un instrument à vent sont dans le même cas, et il en est ainsi des professions exposant aux vapeurs de charbon, telles que : lisseuses, cuisiniers, forgerons,

---

de griffe. Il n'y avait pas de retrécissement ni d'oblitération des artères coronaires et toutes les lésions anatomiques étaient dans l'abdomen. A l'autopsie, on constata un cancer du foie et l'existence d'une pléiade de ganglions mésintériques cancéreux comprimant le plexus solaire. — Tous les accidents présentés par ce malade étaient donc de la catégorie des réflexes cardio-vasculaires d'origine abdominale et démontrent bien la nécessité d'adopter la théorie de l'Angine de Poitrine par ischémie cardiaque *spasmodique*, c'est-à-dire *purement fonctionnelle*.

Cette dernière existe réellement :

C'est ainsi que M. Liégeois nous a dit avoir été témoin récemment, pendant la nuit, d'un paroxyme angoreux chez une dame de trente ans, hystérique et arthritique, qui, au troisième jour des règles eut, sans cause connue, une Angine Névralgique ou névralgie de l'isthme du gosier, extrêmement pénible, avec un peu de rougeur de la région malade. Or, à minuit, cette dame fut brusquement éveillée par une douleur sous-sternale suraiguë « l'étreignant comme dans un étau » sans irradiation cervico-brachiale, il est vrai, mais avec des palpitations incomptables, une angoisse excessive et le spectre de la mort. Cet accès dura vingt minutes environ. La névralgie de l'isthme du gosier disparut comme par enchantement le lendemain matin et le syndrome angoreux ne revint pas.

(1) Leçons du Dr Bucquoy à Cochin 1879. In Revue de Thérapeutique-Médecine-Chirurgie.

charrons, pâtissiers, boulangers, serruriers, fondeurs. Il est bien reconnu en effet aujourd'hui que ces émanations créent à la longue une anémie toxique d'un genre tout spécial, caractérisée par une diminution des globules rouges. J'ai eu l'occasion, à plusieurs fois, de phlébotomiser (du temps où l'on saignait encore), des forgerons et des cuisiniers et j'ai été frappé de l'aspect particulier de leur sang épais, poisseux et noirâtre. Il fallait assurément une certaine hardiesse pour ouvrir la veine chez des personnes au teint d'une blancheur de cire, aux conjonctives d'un blanc bleuâtre, aux muqueuses violacées, se plaignant d'apnée, d'oppression, de céphalalgie persistante, et cependant la saignée était généralement suivie de bons effets, et les caractères spéciaux de ce sang veuf de globules rouges, privé d'oxygène, épais, circulant avec difficulté et représentant fort mal la chair coulante de Bordeu, nous faisaient comprendre qu'après la saignée, la respiration devint plus facile, l'oppression moins grande, la tête moins lourde. Anémiques d'une espèce particulière, leur sang ne faisait point défaut par la quantité mais par la qualité ; certes les émissions sanguines sont nuisibles aux anémiques atteints d'hypoglobulie ou d'aglobulie franche, mais elles produisaient un effet salutaire chez les autres en facilitant l'oxygénation d'un nouveau sang.

L'éloignement des foyers d'où se dégagent des vapeurs de charbon est donc de règle pour les malades atteints d'Angine de Poitrine, et cet éloignement d'un milieu délétère doit être encore plus impérieusement imposé aux personnes déjà chlorotiques, à celles qui ont, d'autre part, des désordres organiques au cœur et enfin aux alcooliques. Frappés déjà de dégénérescence sénile anticipée, ces derniers dont le système musculaire est vieilli, dont les artères sont athéromateuses, sont constamment menacés par l'asthénie cardiaque.

Rappelons-nous, pour expliquer et imposer cette nécessité, ces paroles de M. J. Renaut (1) : « La plus grave des cardiopathies, la dégénérescence graisseuse vraie et généralisée du cœur peut être déterminée par une action brusque du gaz oxyde de carbone et le myocarde, le plus actif et le plus sensible de tous les appareils musculaires à contraction brusque, peut être le plus violemment, le plus subitement frappé ; la mort a lieu alors par arrêt du cœur, sans

(1) J. Renaut de Lyon — Lyon médical — janvier 1880.

aucun signe annonçant la stéatose hépathique ou la dégénérescence graisseuse des reins. »

« Quand l'empoisonnement carbonique a été au contraire, plus lent, s'est produit peu à peu, à petites doses et quotidiennement pour ainsi dire, les éléments anatomiques des trois organes actifs par excellence : le foie, le rein, le cœur sont frappés de plus en plus dans leur vitalité à mesure que l'influence du milieu oxycarbonique se prolonge et que l'oxygène fait défaut à leur respiration interstitielle. »

Il y a encore une profession qui semble exposer ceux qui l'exercent aux Angines de Poitrine et à laquelle les malades doivent renoncer — celle de peintre. — Il est certain, d'après M. Huchard (1), qu'un assez grand nombre d'entre eux sont sujets à des accès angoreux, et plusieurs artistes parisiens en renom en ce moment ont eu à en souffrir. M. Renaut, de Lyon, a également fait la remarque que l'Angine de Poitrine devait être rangée parmi les accidents consécutifs à l'intoxication saturnine qui agit probablement dans ces cas en favorisant la dégénérescence artério-scléreuse du cœur et de ses vaisseaux, et parce que le plomb est un poison vasculaire et musculaire à la fois, bien qu'il n'agisse que secondairement sur le dernier système.

Il faut défendre aux malades de monter à cheval ; dans cet exercice tout conspire en effet pour favoriser la manifestation des accès : le corps est un peu courbé en deux, il se raidit toujours en quelque partie, la circulation est gênée, la poitrine se resserre, la respiration n'est pas libre, aisée ; on marche souvent contre le vent et même en allant au pas, on en ressent l'influence ; si on galope ou si on trotte, la respiration se précipite ; le bras gauche est forcé de déployer une force extrême pour retenir, maîtriser ou guider l'animal ; du bras, la fatigue, la lassitude gagnent la poitrine, et l'accès, dans des conditions aussi favorables ne tarde pas à se montrer chez les angineux. Souvenons-nous du malade de Fothergill atteint d'angor aussitôt qu'il mettait son cheval au grand trot et de ce médecin de campagne, mon ami, qui dut renoncer à monter à cheval pour visiter ses malades, après avoir eu un véritable accès d'angor.

Les ascensions sur de hautes montagnes pouvant provoquer de l'oppression et de la dyspnée doivent également être interdites.

(1) H. Huchard. — Note communiquée, janvier 1887, extraite de ses leçons de clinique à l'Hôpital Bichat.

Le précepte que J. Frank donne aux angoreux de ne pas s'exposer au froid étant en sueur et surtout au froid humide, est surtout applicable aux angoreux arthritiques.

J'ajouterai que leurs vêtements doivent être flottants tout en étant suffisamment chauds, pour que le froid extérieur ne refoule pas le sang de l'extérieur à l'intérieur et des extrémités au centre. Ainsi, pour la femme point de corset, pour l'homme point de pantalons ni de ceinture serrés à la taille, point de col comprimant le bas de la gorge. Rien, en un mot, ne doit gêner la circulation dans les poumons, le cœur et les gros vaisseaux.

Le séjour à la campagne, comme l'a remarqué Jurine, est plus favorable que celui des villes. On doit rechercher un climat tempéré où l'air ne soit point humide. L'appartement doit être exposé au midi et bien aéré, au rez-de-chaussée autant que possible, afin que le malade n'ait point à monter des escaliers.

Un angoreux doit se garder de manger avec excès, et éviter les farineux, car la déplétion de l'estomac par les aliments ou les gaz refoule en haut le diaphragme qui comprime à son tour le cœur et peut rappeler les accès.

Frank qui accusait aussi la déplétion de l'estomac de favoriser leur retour, recommandait aux angoreux « une nourriture simple composée de végétaux non venteux et de viandes blanches et de facile digestion ». — Jurine, plus minutieux encore, « ordonne expressément de faire trois repas très légers et de ne se coucher que deux heures après le dernier. »

Ajoutons que le malade atteint d'Angine de Poitrine doit, surtout s'il est obèse ou menacé par l'obésité, avoir un régime tout particuier, le régime dit de Dancel.

Dancel, médecin de régiment, avait observé que les chevaux de la cavalerie engraissaient en étant nourris d'une certaine façon plutôt que de telle autre, et appliqua avec succès le résultat de ses recherches à quelques officiers qui se plaignaient de prendre de l'embonpoint. En les invitant à se lever de bonne heure, à faire de l'exercice (marche, gymnastique, escrime, surtout le matin), à boire du vin pur et très peu de boissons aqueuses (bière, cidre, eau), aux repas et jamais entre les repas ; en supprimant le plus possible les corps gras, tels que : le beurre, l'huile, la graisse, la crème, les féculents, les pâtisseries et les sucreries, et enfin en combattant la constipa-

tion par des doses de scammonée de 1 gramme à 2 grammes, il débarrassa ces officiers de leur excès d'embonpoint.

Eh bien, nous disons que ce même régime doit être imposé aux angoreux ayant de la tendance à l'embonpoint, afin de combattre la surcharge graisseuse du cœur et des vaisseaux qui gêne la circulation, détermine de l'oppression (1) et favorise les accès d'angor. Seulement, il n'est pas possible à ce genre de malades de prendre du vin pur ou des grogs et, d'un autre côté, l'eau ordinaire leur est défavorable. On peut y obvier en mêlant avec le vin aux repas, l'eau iodurée gazeuse de Bondonneau qui fait rapidement maigrir en en prenant une demi-bouteille au moins par jour. En y joignant au lever et au coucher un grand verre d'eau de Sierck (Lorraine), très riche en bromure et en chlorure de sodium, on obtient encore plus promptement l'amaigrissement. Nous ne connaissons pas d'obésité résistant à l'usage simultané de ces deux eaux ou plutôt à leurs facteurs essentiels (le brome, l'iode et le chlorure de sodium). A la belle saison on peut recommander aux malades un séjour aux eaux de Bondonneau, de Brides ou de Miers.

Un peu d'exercice après le repas, sur un terrain uni, une promenade en voiture seront aussi fort utiles à l'angoreux, à la condition de ne pas marcher contre le vent ; l'usage de la flanelle lui sera recommandé; toutes sortes d'excès en vins, liqueurs, café et thé lui seront interdits, ainsi que les plaisirs de l'amour. De temps à autre, on conseillera le régime lacté qui, dans les affections cardiaques en général et principalement dans l'aortite et les poussées phlegmasiques qui l'accompagnent, produit des effets excellents. L'usage du tabac, sous quelque forme que ce soit, lui sera défendu. Des boissons fraîches, diurétiques et quelquefois laxatives entretiendront la liberté du ventre, préférablement aux clystères qu'on ne prend pas sans quelque fatigue. On évitera les veilles prolongées, les travaux intellectuels trop soutenus autant que les travaux manuels; les réunions trop nombreuses où les odeurs et la chaleur incommodent ; les fleurs et tous les parfums seront bannis de la chambre que le malade habite. Le repos de l'esprit, le calme le plus grand, des distractions agréables, l'absence de toute impression pénible, l'ignorance de toute nouvelle fâcheuse seront impérieusement recommandés au malade, et son entourage doit y veiller avec soin.

(1) Dr Constantin Paul — Archives d'hydrologie, mai 1886.

Tel est en son ensemble, le traitement hygiénique de l'angoreux ; mais une vérité incontestable dont le praticien doit se pénétrer et qu'il doit rappeler de temps à autre à son malade, c'est qu'il ne suffit pas de faire disparaître un paroxysme ; le point important est d'en prévenir le retour. Ne rien faire qui puisse favoriser l'apparition de son ennemi, voilà quelle doit être la grande préoccupation du malade ; le retour d'une crise remet tout en question et détruit le bien que des mois entiers de traitement ont pu produire ; aussi, sans dire à son malade que la mort peut être la suite de l'imprudence d'un instant, le médecin doit toutes les fois que le mal reparaît par la faute ou la négligence d'un angoreux, l'effrayer un peu afin d'obtenir une vigilance plus grande et une observation plus rigoureuse des règles de l'hygiène.

Dans les cas graves, lorsque l'Angine de Poitrine se répète à chaque mouvement, à chaque effort fait par le malade et qu'elle l'expose à tout instant aux dangers de la mort subite, M. Huchard le soumet pendant des semaines et des mois à l'immobilité absolue et il est convaincu d'avoir ainsi, dans l'*état de mal angineux*, évité bien des accidents redoutables, comme on évite la mort locale d'un membre, la gangrène, par l'immobilité dans les cas de claudication intermittente des extrémités (1).

Un angoreux ne doit pas jouer ; M. Diday, de Lyon, et M. Fournier, de Paris, ont remarqué avec raison que la syphilis prenait une gravité extrême chez les joueurs. Lorsqu'ils continuent à jouer malgré cet état maladif, on est absolument sûr d'avoir à traiter une syphilis grave, la plus grave de toutes, celle des centres nerveux.

Eh bien, nous disons à notre tour que l'homme qui a été une seule fois atteint d'Angine de Poitrine ne doit jamais jouer. M. Fournier rappelle à cet égard qu'il y a deux catégories de joueurs, les joueurs de jour et les joueurs de nuit! Les joueurs de jour opèrent à la Bourse, les joueurs de nuit dans les cercles, les tripots. Les premiers ont sur les seconds cet avantage de dormir la nuit, à moins qu'ils ne cumulent ; les uns et les autres ont ceci de commun que leur existence est faite d'inquiétudes, de surprises, de désespoirs, en échange de quelques rares moments de joie. Avec une pareille vie, qui est souvent un enfer, le système nerveux est sans cesse surmené et les névroses ou les maladies du cœur ne tardent pas à éclore ou à s'aggraver.

(1) Huchard. — De la Nature artérielle de l'Angine de Poitrine et de son traitement.

On ne saurait donc trop recommander aux malades atteints d'Angine de Poitrine de se tenir à l'écart de ce danger et d'éviter toute sorte de jeux, même le simple écarté ou le whist aux allures silencieuses. Le plus innocent de tous occasionne des émotions, excite de l'intérêt, demande un travail d'esprit, de l'attention. Il fait passer par des alternatives de déception ou d'espérance qui, pour un angineux, se transforment en émotions, en sensations profondes qu'il faut éviter à tout prix !

J'en dirai autant pour les paris faits aux courses qui, à notre époque, excitent un intérêt de plus en plus vif ; non seulement les angineux ne doivent pas parier, mais il faut leur défendre d'y paraître. C'est en effet un spectacle entraînant, passionnant que celui-là. Même en y assistant comme spectateur désintéressé, on s'enthousiasme pour tel ou tel cheval, on le dévore des yeux, on lutte, on triomphe avec lui ou on souffre de sa défaite. Interdisons de pareils spectacles à nos nerveux et à nos angineux; c'est une mesure de prudence élémentaire qu'il est facile de leur imposer en leur représentant quel serait leur embarras et leur angoisse, s'ils étaient atteints d'un accès au milieu d'une foule indifférente ou curieuse, sans pouvoir y trouver de secours et un homme de l'art pour diminuer leurs souffrances.

Les mêmes considérations présentées à propos les éloigneront des cercles, des réunions publiques ou électorales et des théâtres, qu'il faut éviter soigneusement, surtout ceux où l'on joue les drames. Il est bien rare que dans un opéra comique, il n'y ait pas quelque situation touchante qui *empoigne* le spectateur, à plus forte raison un névrosique ou un cardiaque. Et, fort souvent, les angineux présentent cette double prédisposition !

La défense sera cependant moins sévère, moins absolue pour les malades atteints d'Angine de Poitrine névrosique, et beaucoup de nos pièces gaies, spirituelles ou de nos opéras-bouffe leur seront permis ; ils jetteront une lueur de gaieté, un instant d'oubli dans une vie où se replier par trop sur soi-même constitue un danger.

Nous terminerons par quelques considérations thérapeutiques relatives à ce genre de maladies :

Un angoreux, même lorsque sa maladie est éclose sous l'influence d'un rhumatisme articulaire aigu, ne doit jamais prendre de bains sulfureux, pour peu que son cœur soit encore excité et ses palpitations seraient-elles baptisées du nom de nerveuses. Fort souvent

leur emploi détermine des poussées orageuses du côté du cœur, il survient de la fièvre, et avec cette stimulation générale, un appétit plus développé ; alors on ne tarde pas à voir poindre à l'horizon de nouveaux accès d'angor qu'on eût pu éviter facilement.

Rappelons encore qu'un angineux ne doit jamais être endormi par le chloroforme, alors même qu'il a à subir une opération chirurgicale très grave. Si l'anesthésie locale ne peut être obtenue et s'il est d'une pusillanimité excessive, on pourra avoir recours à l'éthérisation, mais l'entourage du malade doit toujours être averti des dangers sérieux que peut susciter l'emploi des anesthésiques.

Et maintenant devons-nous nous étonner, après la relation si longue des causes infinies de l'Angine, causes qui n'embrassent cependant qu'une faible partie de celles qui provoquent les maladies du cœur, devons-nous, dis-je, nous étonner de la fréquence si grande de ces dernières en général, de l'augmentation toujours croissante des cardiopathies et en particulier des cas d'Angor ? Le coup-d'œil rapide que nous avons jeté sur le XIXe siècle et ses exagérations passionnées, sur cette époque où la déséquilibration des forces, des pensées, du régime, des appétits est à l'ordre du jour, en explique une bonne partie.

Un autre regard jeté sur ce grand travailleur, ce moteur sans repos et si peu ménagé qu'on appelle le *Cœur*, expliquera encore mieux cette fréquence.

Pendant l'état de sommeil ou quand l'homme a mangé depuis longtemps, toutes les fonctions intellectuelles, sensorielles ou de relation sommeillent et le cœur bat lentement et faiblement.

Mais que ce même sujet se réveille brusquement, marche, pense, agisse, s'amuse, s'excite, aussitôt le cœur bondit et accélère ses mouvements. De telle sorte que l'homme ne saurait penser, parler, regarder, manger, aimer sans que le cœur n'en ressente une stimulation sensible et plus ou moins forte, selon la puissance de la fonction entrant en activité ; or, plus est grande cette activité, et plus le cœur accélérant ses mouvements imprime de vitesse aux courants sanguins, aux deux fleuves qui en jaillissent en les proportionnant aux excitations qui lui arrivent de toutes parts. Cela est éminemment vrai et surtout pour les angoreux.

Les excitations de la vie organique et de la vie animale, après avoir impressionné le cerveau et la moelle et s'être changées en incitations motrices, arrivent au cœur en suivant les premiers la

branche cardiaque des pneumo-gastriques, les secondes les branches cardiaques du grand sympathique.

Quand ces excitations du cœur dépassent un certain degré, le stimulent trop fortement, cet organe en souffre, en éprouve un trouble dynamique, une *cardiopathie* d'une puissance variable.

Cette cardiopathie accompagne une foule d'états maladifs, les névralgies, les névroses, les diathèses, les empoisonnements, les rhumatismes. Elle naît encore sous l'influence d'un refroidissement et même d'une impression ou d'une émotion profonde, allant se répercuter sur le cœur et amenant son irritation, sa congestion, l'exagération de ses mouvements ou leur affaiblissement. Et ces troubles pathologiques du cœur sont beaucoup plus fréquents qu'on se l'imagine. Ces tristes fruits de notre civilisation n'attendent pas pour mûrir les chauds rayons de nos étés ou les premiers froids de nos automnes !

Rappelons-nous les paroles de Bouchut, dans une de ses leçons, à Sainte-Eugénie : « Mes recherches cadavériques m'ont appris que sur deux cents autopsies faites au hasard, sur des enfants morts des maladies les plus variées, inflammations diathésiques, éruptives, traumatiques, les neuf dixièmes des cadavres présentent des traces d'endocardite végétante, faible ou forte et bien caractérisée, des thromboses cardiaques, assez anciennes pour produire des effets fâcheux, et que cette endocardite végétante occupe tous les orifices du cœur, mais de préférence l'orifice mitral. Le même fait s'observe chez l'adulte, mais à un degré de fréquence moindre. »

Ici nous ne sommes pas du même avis que M. Bouchut et nous croyons que les cardiopathies, avec les passions de la jeunesse, la lutte pour la vie, les ambitions, les déceptions de l'âge mûr, les influences arthritiques, l'abus des boissons, l'athéromasie de la sénilité deviennent de plus en plus fréquentes.

Ce n'est pas tout : après l'âge adulte, le cœur, comme les autres organes, arrive à sa période de déclin. Alors ses fonctions se ralentissent, son tissu subit une modification régressive, une involution sénile, une dégénérescence graisseuse ou scléreuse qui hâte sa fin, et en donne le signal. Avec les années, la sclérose envahit tantôt les gros vaisseaux artériels qui partent du cœur ou qui y aboutissent, tantôt les petits vaisseaux dont le rôle est d'assurer sa nutrition (artères coronaires), tantôt enfin, ses capillaires qui s'atro-

phient, deviennent graisseux et ne lui permettent plus de se nourrir. Ces divers éléments sont parfois atteints tous à la fois, et alors la vie s'éteint rapidement; parfois le mal n'occupe que certaines places plus ou moins étendues, envahies par une endopériartérite déterminant là, même plus qu'ailleurs, le rétrécissement du calibre des vaisseaux et conséquemment une gêne dans la circulation cardiaque; d'où résulte un état de dyschémie et plus tard d'ischémie ou d'anémie du cœur; voilà pourquoi l'Angor Pectoris grave est en général une maladie de la vieillesse.

Ce que nous signalons ici comme modifications organiques du cœur chez les vieillards, dues à l'influence fatale des années, peut se produire aussi sous l'influence de causes déterminant une sénilité anticipée chez ceux que M. Péter a si bien caractérisés du nom de « jeunes vieillards ». Chez les alcooliques, en effet, chez certains diathésiques, chez quelques intoxiqués, la nutrition interstitielle du cœur cesse d'être assurée, les éléments qui en sont chargés ne lui arrivent plus en quantité ni en qualité suffisantes, l'endartérite envahit les petits vaisseaux, des plaques scléreuses s'étalent sur les gros, les coronaires se rétrécissent, s'obstruent, les capillaires s'atrophient et préludent à la dégénérescence graisseuse totale de l'organe. La nutrition du cœur ne se fait plus ou du moins se fait mal, ses fonctions languissent; c'est un système qui végète et s'éteint comme il serait mort après une succession d'années sous l'influence de l'atherôme artériel.

On le voit, on peut en définitive très bien appliquer au cœur et au cœur, surtout les paroles prononcées récemment par le professeur agrégé, Em. Demange, dans ses leçons cliniques à l'hospice Saint-Julien, de Nancy « L'athérôme artériel est en dernière analyse, le point de départ et la cause initiale de tous les phénomènes des dégénérescences et des lésions de la sénilité naturelle ou anticipée; altérations scléreuses simultanées ou successives du rein, du cœur, du foie, ramollissement, rupture, gangrène, etc. C'est, en un mot, par l'extinction successive et graduelle ou la mort partielle des éléments constituants de chacun des organes et des appareils dont l'association et les actions synergiques constituent, avec les échanges permanents qui s'effectuent entre l'organisme et le monde extérieur, les conditions essentielles de l'entretien de la vie, que survient la mort naturelle. »

On le voit par ce rapide examen, les affections du cœur sont de tous les âges et n'en épargnent aucun. Si elles sont rares dans l'enfance, si elles n'emportent que rarement les sujets à cette époque de la vie, elles offrent ceci de particulier et de fatal qu'elles laissent sur le cœur des traces presque indélébiles de leur passage et des lésions naissantes qui plus tard s'aggravent rapidement sous la moindre influence morbide. Nous avons démontré qu'au milieu de ces désordres apparaît trop souvent l'Angor, cette maladie qui exerce sur ceux qui l'étudient une sorte de fascination et d'attrait invincible, peut-être parce qu'elle se présente sous des aspects divers et multiples, et qu'elle fait naître tour à tour l'espérance ou le découragement comme une coquette habile, mystérieuse qu'on ne se lasse jamais d'observer et d'étudier ! Cette physionomie fugitive, mobile suivant la cause, explique comment, ceux qui ont étudié l'Angine à plusieurs années de distance ont changé bien souvent d'opinion sur elle et ont défendu avec ardeur la théorie qu'ils avaient vaillamment combattue quelque temps auparavant. Si Bossuet a écrit l'histoire des variations de l'Église, maint auteur contemporain qui s'est occupé de l'Angor a exposé aussi à son sujet des théories contradictoires.

Pour nous, évitant avec soin un exclusivisme absolu qui nous semble rigoureux et même impossible vis-à-vis d'une maladie d'apparence si ondoyante, nous avons exposé, sans passion et sans parti pris à l'avance, les opinions de chaque auteur, tout en faisant connaître vers quelle théorie penchaient nos préférences ; nous espérons avoir fait un tableau de l'Angor complet et fidèle aux yeux de tous. Puissions-nous avoir écrit en même temps un livre utile à quelques-uns !

FIN

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages cités où il a été question de l'Angine de Poitrine

Armaingaud, de Bordeaux. — De l'Angine de Poitrine comme cause de la mort subite chez les nouvelles accouchées, 1877.

Alexander (T.) — History of a case of Ang. Pect. cured by the solutio arsenici. Med, com. 1790, T. XV.

Averardi (J.)— De Ang. Pect. ejusque prœcipua specie sternocardia. Paris 1816

Aubry. — Th. de Paris, 1882.

Andral. — Clinique méd. T. III, 1834.

Arnaud (H.) — Nature de l'Angine de Poitrine. Rev. méd. de l'Est, 15 avril 1883.

Axenfeld et Huchard. — Traité des Névroses. Paris 1883.

Audry (Ch.) — Angine de Poitrine, goître exoph. Hystérie chez un homme. Lyon Médical, 1887.

Aran. — Des morts subites. Th. d'Agrég. Paris, 1842.

Amez-Droz. — Etude sur le Nitrite d'Amyle. Arch. de Physiol., 1873.

Aune. — Effets phys. des inhalat. d'oxyg. Th. doct. Paris, 1880.

Baumes. — Recherches sur cette maladie à laquelle on a donné les noms d'Angina Pectoris et de syncope angineuse, 1808.

Brera. — Della stenocardia, saggio patologico-clinico. Modène, 1810.

Bouillaud. — Traité des maladies du cœur, 1835.

Bernheim. — Leçons de clinique Médic. Paris, 1877. Angine de Poitrine.

Bouchut. — Névrose du cœur. Revue Médic. 1841.

Barié. — Rev. de Méd. 1883.

Barthez. — Des maladies goutteuses. Paris, 1882.

Bergins. — On Abkand f. p. aertzë.

Berger et Rosembach. — Weber die coincidenz von tabes dorsalis und insufficiens der aorten Klappen. Berlin Klin. Woch, 1879.

Beau. De l'infl. du tabac sur la production de l'Angine de Poitrine. Gazette des Hôpitaux, 1862. — Angine de Poitrine par adénopathie bronchique. Leçons à la Charité, 1862.

Black. — Cases of Ang. Pect. Mém. of Med. Society. T. IV et T. VI.

Butter (W.) — A. Treatise on the disease commonly called Ang. Pect. Londres, 1796, in-8°.

Blackall. — Obs. on the nature and cure of dropsies, to wich is added an appendix containing several cases of Ang. Pect. Londres, 1813.

Van Brander. — Annales de la Société de Médecine de Gand, 1840.

Beudel. — Ang. Pectoris. Allg. Médic. Zeit, 1870.

Boncour (P.) – Obs. d'aortite. — Névrite cardiaque. — Angine de Poitrine. Gazette des Hôpitaux, n° 69, 1875.

Bertrand. — Gazette Médicale de Paris, 1839.

Byrom-Bramwell. — Diseases of Heart and Aorta Edimb. 1886.

Barety. — Adenopathie trachéo-bronchique. Th. de Paris, 1876.

Bazy. — Bulletin de la Société clinique de Paris, 1878.

Bar (J.) — Notes of cases of diseases. Edimb. Med. Jour. 1876.

Bucquoy. — Leçon clinique sur les Maladies du cœur. Paris, 1869-70, et Gazette des Hôpitaux, 1886, p. 567. — Névrose douloureuse du plexus cardiaque, 1860.

Bax. — Obs. d'Angine de Poitrine in Gaz. Méd. de Picardie, août 1885.

Bamberger. — Lerkbuch der Krankeiten des Fluvens-Vien, 1857. Plazens.

Bourru. — Névralgies causées par un empoisonnement par le gaz de charbon. Arch. gén. de Méd. 1877.

Bochefontaine et Bourceret. — Académie des Sciences, 17 décembre 1877.

Blachez. — De l'oblitér. des art. coronaires. Lésions cardiaques consécutives. Gaz. Hebd. juillet 1877 et Soc. Méd. des Hôpitaux, 8 juin 1877.

Bourneville. — In th. de Marsat. Usage thér. du nitrite d'amyle. Paris, 1875.

Balfour. — Upon paroxysmal. Ang. Pect. and other forms of cardiac pains Edimb. Med. Jour. 1880.

Burq. — La métallothérapie à Vichy. Paris, 1880.

Belugou. — Des Eaux de Lamalou dans le traitement des névralgies. Ann. de la Soc. d'Hydrol. Méd. de Paris, 1882.

Capelle. — De l'Ang. de Poit. Thèse de Paris, 1861.

Caron d'Annecy. — Journal général de Médecine, 1811.

Caizergues. — Du Névrome. Th. Montpellier, 1867.

Cordes. — Angine de Poitrine vaso-motrice Deutsches Arch. für. Klin médic. 1874.

Cros. — De l'Irritation spinale et de son traitement, par les Eaux de Lamalou, 1875.

Cardarelli. — Le malattie nervose e funzionali del cuore. Naples, 1882.

Cuny Florian. — Tabac et tabagisme. Th. doct. Paris, 1885.

Colson. — Journal contre l'abus du tabac, 1878.

Corrigan. — Dublin, journal T. XII. Trad. des Arch. génér. de Méd. 1844.

Charcot et Ball. — Athérôme et dégénér. ossiforme de l'aorte — Art. Aorte du Dict. Encycl. des Soc. Méd.

Clarke. — Saint-George's Hosp. Reports, 1879.

Crawford. — Dis. de Ang. Pect. Edimbourg, 1795.

Cahen. — Névroses vaso-motrices. Arch. gén. de Méd. 1863.

Chatelain. — Essai sur l'Angine de Poitrine. Thèse. Paris, 1874.

Cianciosi. — Lo Sperimentale, 1878.

Corvisart. — Essai sur les Maladies et les lésions organiques du cœur, 1822.

Chéron (P.) — Gaz. hebdom. de Méd. et Chir. décembre 1884.

Cliffort Albutt. — The effects of overwork and strain of the heart and great bloot-versets. Saint-George's hospital reports, T. V. 1870.

Cyon. — Acad. des Sciences. 20 février 1882.

Desportes. — Traité de l'Angine de Poitrine. Paris, 1811.

Dieulafoy. — Mort du Dr Hillairet, Gaz. hebd. 1882. — Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie. Soc. méd. des hôp., 11 juin 1886; Gaz. hebd., 18 juin 1886, n° 15.

Dubois. — Angine de Poitrine et Burquisme. Gaz. Méd. de Picardie, avril 1884.

Daubresse. — Du Goitre exophthalmique chez l'homme (étude clinique). Thèse de doctorat, Paris 1883.

Duplaix. — Thèse sur la Sclérose, 1883.

Dreissig. — Handwörterb de Méd. Klinik 1806.

Duchenne. — De l'influence thérapeutique de l'excitation électro-cutanée dans l'Angine de Poitrine. Bull. de Thér. 1853.

Dickinson. — Méd. Times. Gaz. 1866. — Dilated Hypertr. of the Heart.

Dreyfus-Brisac. — Angine de Poitrine. Gaz. Hebd. de Méd. et Chir. 1883.

Da Costa. — The American journal of the Med. Sciences, 1870.

Dauner. — Rupture du cœur, in Thèse de Lepiez, 1873.

Denian (Lucien). — De l'Hystérie Gastrique. Th. Doc. Paris 1883.

Duchek. — Die Krankheiten des Huzens. Erlangen, 1862.

Debord (G.) — Sur quelques modifications de la circul. intra-card. et artér. dans l'insuffisance aortique. Th. Doc. Paris, 1878.

Demange (E.) — Etude clin. et anat. path. sur la vieillesse. Paris, 1886.

Desrosiers. — Union Méd. du Canada, 1883.

Delmas. — Journal de Médecine de Bordeaux, 30 mai 1886.

Eichwald. — Ueber das Wesen der Sténokardie. Würzburger Med. Zeitsch, 1863.

Eulenburg et Landois. — Mémoire sur les Névroses vaso-motrices. Wiener Med. Woch.

Elsner. — Abhanlung über die Brustbraüne. Könisberg, 1778.

Eloy. — Maladie des buveurs de thé. In Union Médic. 1885.

Everard Home. — A Short account of the late John Hunter's life. Londres, 1694.

Eulenburg et Guttmann. — Die Pathol. des Sympathicus, Ang. Pect. Berlin, 1873.

Ebstein. — Transpiration unilatérale dans l'Angine de Poitrine. Archives von Virchow, 1875.

Fothergill. — Case of Ang. Pect. Œuvres, 1783.

Fuller. — Angine de Poitrine gastrique. In Transac. phil. London, XVII.

Frank (J.) — Encycl. des Sc. méd. — Lithiasis du péricarde et des artères coronaires.

Friedreich. — Arch. Franç. path. anat. and phys. von Wirchow. T. XXVI.

Fabre, de Merseille. — Des Accidents nerveux dans l'insuffisance aortique. Gaz. des Hôpit. 1872.

Fontaine. — Essai sur l'Angine de Poitrine. Th. Montpellier, 1819.

Fonssagrives. — Angine de Poitrine suivie d'autopsie. Gaz. Méd. Paris, 1859.

Fritz. — Embolison of the coronary artery. Boston Med. and. Surg. Journal, 1875.

Frantzel. — Zwei Falle von Stenosis orificii aortœ. Berlin. Klin Woch, 1867.

Frédérichs. — Wiener Med. Woch, 1882.

Farquehar. — Ther. Gaz. avril 1882.

Fleury (De). — Du Spasmodisme opposé à la convulsion. Bordeaux, 1886.

Gintrac. — Journal de la Société de Médecine de Bordeaux, 1835.

Guérin. — De l'Angine de Poitrine. Thèse de Paris, 1876.

Graves (R.-I.) — Leçons de clinique médicale, traduction Jaccoud. Paris, 1863.

Gauthier (de Charolles). — Mémoire sur l'Angine de Poitrine, récompensé au concours Portal, 1885, et Thèse pour le Doctorat, 1876.

Grisolle. — Traité de Pathol. int., T. II. P. 740.

Griffin (W. et D.) — Obs. d'Angine de Poitrine in obs. on fonctionnal affection of the spinal cord. London, 1834.

Gilbert-Blane. — Select. dissert. On Several Subjects of Med. Sciences. London, 1822.

Graux. — Obs. d'Angine de Poitrine in Soc. de Méd. de Paris, 1881.

Gruner. — Spicileguim and Ang. Pect. Iéna, 1782.

Gairdner. Ang. Pect. and Allied states. Syst. of Med. edited by Russell. Reynolds, 1887.

Guttmann. — Anat. Med. phys. für. Klin Med. Berlin, 1873.

Ganghofner. — Die spontane Herz dilatation. Heiltz, 1876.

Guéneau de Mussy. — Recherches sur la dilatation cylindrique de l'Aorte. France Médic. 1876.

Gros et Lancereaux. — Des affections nerveuses syph. Paris, 1861.

Garel, de Lyon. — Contribution à l'étude de la métallothérapie. Revue mensuelle de Méd. et Chir., T. IV. 1880.

Gérin-Roze. — Soc. méd. des hôp., 12 mars 1887.

Guyot. — Soc. méd. des hôp., 8 avril 1887.

Heberden. — Some account of a disorder of the breast. Medic. Transac, T. II P. 59. 1758.

Hamilton. — Case of Ang. Pect. Medecin. Comment, 1780.

Herard. — Nervosisme. Angine de Poitrine. Union Médic. 1867 et Bulletin de l'Académie de Médecine, 25 décembre 1882.

Hesse. — Speumon. de Ang. Pect. Hallé, 1810.

Hasse. — Anat. Besckreibung der Khrankeiten. Leipzig, 1841.

Horst. — Obs. d'Angine de Poitrine in Hufeland's. Journal, 1815.

Hope. — Diseases of the Valv. of the Heart, 1831. — Encyclopedia of the partial Medicine.

Hayem. — Académie des Sciences, 2 mai 1881.

Hodgson. — Maladies des artères et des veines. Londres, 1815. Traduction, par Brouhet. Paris, 1819.

Hill. — The Medic. and phys. Journal of London, 1800.

Home. — Obs. on the Ang. Pect. Dublin, 1804.

Hollister. — Première attaque d'Angine de Poitrine entraînant la mort. Journal de Chicago. 1875.

Huebner. Traitement de l'Angine de Poitrine par la galvanisation du sympath. et du plexus card. Deustches Arch. für. Klin. Medic. XII vol.

Haygarth. — A case of Ang. Pect. Med. Trans. T. III.

Hurd. — Malad. fonction. du cœur. New-Tork Medic. Record, 1883.

Haddon. — Edinburg Med. Journal, 1870.

Heine. — Ang. Pect. par ganglion mélanique. Muller's Arch. 1841.

Handfield Jones. — Studies on functionnal nervous diseases, 1870.

Hanshalter. — Recherches sur le cœur sénile. Th Doct. Naircy, 1886.

Huebner. — Deutch. Arch. für Klin. Med. T. XII. 1874.

Huchard (Henri). — De l'Angine de Poitrine cardiaque et pulmonaire et synergies morbides du nerf pneumogastrique. Union médicale 1879. — Traité des Névroses, 2e édition. Chapitres, angines de poitrine, hystérie, irritation spinale, neurasthénie. Axenfeld et Huchard, 1883. — Des Angines de Poitrine. Revue de Médecine, 1883. — De l'Aortite aiguë à répétition. Union Médicale, 4 août 1883. — Traitement et curabilité de l'Angine de Poitrine. Bulletin général de thérapeutique, 1883. — De l'Angine de Poitrine neuro-arthritique. Journal de médecine et de chirurgie pratiques, avril 1884. — Traitement rationnel et curatif de l'Angine de Poitrine vraie. Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1885. — Leçons sur la Goutte rénale. Semaine médicale, décembre 1886. — Traitement et curabilité de l'Angine de Poitrine vraie. — Congrès pour l'avancement des Sciences de Grenoble, et Bulletin général de thérapeutique, 1885. — Leçons sur l'Angine de Poitrine, son traitement, sa curabilité. Annales médico-chirurgicales, juin 1886. — Du théisme et de l'Angine de Poitrine théique. Société de thérapeutique, 1886. — De l'Angine de Poitrine fruste à siège épigastrique. Journal de médecine et de chirurgie pratiques. Janvier 1887. — Leçons de clinique et de thérapeutique de l'hôpital Bichat. Paris 1887, sous presse. Leçon sur les pseudo-angines et leur diagnostic. — Nature artérielle et Traitement de l'Angine de Poitrine vraie. Soc. méd. des hôp., 25 mars 1887.

Hirtz (Edouard).— Communication récente à la Soc. méd. des hôp., mars 1886.

Isnard. — De la Sclérose généralisée. Paris, 1866. Asselin.

Jurine. — Mémoire sur l'Angine de Poitrine. Paris 1815.

Jaccoud. — Traité de pathol. interne, 2e édit. T. I. p. 706. — Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques, 1865. — Leçon sur l'Aortite et l'Angine de Poitrine constrictive. Gaz. des hôpit., 6 mars 1886.

Jonhstone. — Case of Ang. Pect. Mém. of. Med. Soc. of London.

Jahn. — Ueber die Syncope Anginoso Parry's. Hufeland's Journal, 1806.

Juhel-Renoy. — Sclérose du myocarde. O. Doin, 1882.

Johnson (G.) — On the relation betwen Ang. Pect. and peripheral arterial contractions, in Brit. Med. Journal 1877.

Kredel. — Ang. Pect. avec emphysème aigu. Arch. für Klin. Med. T. XXX, 1882.

Krishaber. — Obs. d'Angine de Poitrine in névropathie cérébro-cardiaque. Gaz. hebd. et Dict. Encycl. 1872.

Kreysig. — Die Krankeiten des Herzens. Berlin, 1814-1817.

Kirk. — Remarks on Ang. Pect. London Med. Gaz. 1851.

Karl-Dehio. — Obs. d'Angine de Poitrine. In Journal de Médecine de Saint-Pétersbourg.

Kleefeld. — Épid. d'Angine de Poitrine à Dantzich, 1812.

Korunski. — Wien Med. Woch, 1882.

Laënnec. Traité de l'auscultation, t. III, p. 340 et 352.

Liégeois (Ch.), — Du Rôle du système nerveux dans les maladies du cœur. mémoire inédit, communiqué, déposé à l'Académie de Médecine; Prix Ciorieux 1880, Mention honorable au concours Lallemand, 1882, de l'Institut de France (Académie des Sciences). — De la Dégénérescence du cœur, mémoire inédit, communiqué, déposé à l'Académie nationale des Sciences, Arts et Belles-Lettres de Caen où il a obtenu le prix Dan de la Vauterie (1883). — De l'Angine de Poitrine, couronné (médaille d'or, 1882) par la Société médicale d'Amiens. Revue Médicale de l'Est, nos des 15 décembre 1882, 1er et 15 janvier, 1er et 15 février 1883. — La Thérapeutique raisonnée des Cardiopathies. Mémoire communiqué, couronné (prix biennal 1881-1882) par la Société de Médecine pratique de Paris, honoré d'un encouragement au prix Desportes 1882 de l'Académie de Médecine, publié passim in Journ. de Méd. de Paris 1883. — Des Causes de la nature de l'Angine de Poitrine. Mémoire inédit, communiqué, déposé à l'Académie de Médecine. Prix Portal 1885. — Le Goître exophthalmique. Mémoire inédit, communiqué, déposé à l'Académie de Médecine. Prix Portal 1886. — Cardiopathies artérielles et leur Curabilité par la médication iodurée. Assoc. franç. pour l'av. des Sc. Congrès de Nancy 18 août 1886. Discussion de la communication de M. H. Huchard. Semaine médicale, no 35, 1er septembre 1886, p. 347. — Observation d'un cas de goître exophthalmique. Analyse du fait au triple point de vue symptomatique, étiologique et thérapeutique. Revue médicale de l'Est 1887.— Traitement du Goître exophthalmique. Revue générale de clinique et de thérapeutique 1887.

Liégeois et Greuell. — Bienfaits du traitement hydrothérapique dans un cas

d'Irritation spinale à manifestations multiples (douleurs variées, mamelle irritable, migraine ophthalmique, Angine de Poitrine), Bulletin médical des Vosges. avril 1887.

Lartigue. — De l'Angine de Poitrine. Mémoir couronné par la Société de Médecine de Bordeaux.

Lassègue. — Des Cardiopathies réflexes d'origine brachiale. Th. Paris, 1883. — Des intermittences cardiaques. Arch. gén. de Méd. 1871.

Lelion. — Angine de Poitrine essentielle, in Gaz. hebd. 1882, p. 687.

Leoni. — Considération sur la névralgie des nerfs intercostaux. Th. Doct. Paris, 1858.

Leared. — Affections larvées du cœur, 1867.

Lescaux. — Des perturbations cardiaques dans le goître exophthalmique. Th. Paris, 1885.

Laqueur. — De morbo Basedowi nonnulla adjecta singulari observatione. — Dissestation inaugurale. Berlin, 1861.

Letulle. — Obs. d'Angine de Poitrine, in des lésions cardiaques dans l'ataxie locomotrice. Gaz. Méd. de Paris, 1880. Arch. gén. de Méd. 1880. — Troubles fonct. de pneumo-gastr. Thèse d'agrég. 1883.

Lécorché. — Obs. d'Angine de Poitrine, in traité théorique et pratique de la Goutte. Paris 1884.

Leudet. — De l'Angine de Poitrine tabagique, in Clin. Méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Liébault. — Angine de Poitrine mortelle. Thèse. Paris, 1851.

Léger (H.) — De l'Aortite aiguë. — Th. Doc. Paris, 1877.

Lente. — On the spasm of the Heart as a cause of sudden death. Philadelphia, 1875.

Landouzy. — Leçons sur l'Angine de Poitrine neuro-arthritique. Progrès Méd. 1883.

Lentin. — Beiträge zur ausübenden Arzneiwissenschaft. Leipzig, 1808.

Latham. — Obs. on certain sympt. denoting Ang. Pect. Med. Trans. London, 1813.

Lussana. — Intorno alla Ang. Pect. and Med. Gaz. 1858.

Lancereaux. — De l'altér. de l'Aorte et du plexus cardiaque dans l'Angine de Poitrine. Gaz. Méd. de Paris, 1864.

Landois. Des sympt. complex Ang. Pect. Koblenz, 1865.

Lee Perkins. — A case of Ang. Pect. cures by white vitriol. Mem. of Med. Soc. of London, 1792.

Loupias. — Obs. d'Anat. pathol. pour servir à l'étude de l'Angine de Poitrine. Thèse de Paris, 1865.

Ludfield. — Union Méd. 1866, n° 80.

Leroux (Ch.) — Aortite et Angine pect. in Bulletin de la Soc. anat. 1878.

Leyden. — Zeitsch. für Klin. Med. t. V.

Levy (E). — Du cœur forcé. Th. doct. Nancy, 1875.

Lepicz. — Ruptures du cœur. Th. de Paris, 1879.

Lechevrel, du Havre. — Obs. d'Ang. Pect. in mémoire de Lartigue, p. 90.

Lecchinelli. — Sulla Ang. del Petto. Padova, 1814 et sall' uso della mano destra e preferenza della sinistra. Padova, 1815.

Larcher. — De l'Hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse. Arch. génér. de Méd. T. XIII.

Leven. — La Névrose, étude clinique et thérapeutique, 1886.

Leudet. — Recherches sur les troubles nerveux consécutifs à l'asphyxie par la vapeur de charbon. Arch. génér. de Méd. 1865.

Lefort (Léon). — Bulletin de l'Académie de Médecine, p. 1525.

Le Clerc. — De l'Angine de Poitrine hystérique. Th. doct. Paris, 1887.

Landouzy. — Leçon clinique faite à la Charité. Prog. Méd. septembre 1883.

Laboulbène. — Des Névralgies. Th. d'agrég. Paris, 1860.

Leudet. — Influence réelle des causes morales et mécaniques dans la production des maladies organiques du cœur. Th. d'agrég. méd. Paris, 1853.

Lutaud. — Journal de Médecine de Paris.

Lawenfuld. — Electrothérapie dans l'Angine de Poitrine. Aerzliches Intelligenzblatt, 1881, n° 39.

Mac-Bride. — History of Ang. Pect. Med. Obs. and inquiries, 1778.

Millot. — Dissertation sur l'Angine de Poitrine. Thèses de Paris, 1812.

Marie. — Deux observations d'Angine de Poitrine dans l'hystérie. Revue de Médecine, 1882. — Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow. Th. doct. Paris, 1884.

Macqueen. — Med. Journ. London, 1781.

Martinet. — De l'Angine de Poitrine rhumatismale. Thèse doct. Paris, 1884.

Mays (Th.) — Etude sur la Théine in Medical News, 1886.

Moursou. — Angine de Poitrine paludéenne, in Arch. de Méd. navale, 1884.

Massalongo (R.) — De la maladie d'Hogson, in Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. 1885.

Moinet. — Ang. Pect. Edinb. Med. Journal. 1870.

Michaud. — Thèse de Paris, 1878.

Marchand. — Contribution à l'étude des néoplasmes de l'œsophage. Thèse de Paris, 1881.

Macdowal. — A case of hysterical Ang. Pect. Edinb. Med. Journal 1882.

Myers. — On the etiology and prevalence of the diseases among soldiers. London, 1870.

Munzinger. — Das Tübinger Herz. Deutsch. Arch 1877, t. XIX.

Mahot. — Des Battements du foie. Th. doct. Paris, 1869.

Marchal, de Calvi. — Recherches sur les accidents diabétiques. Paris, 1876.

Mauriac. — De la mort subite dans l'insuffisance des valvules sygmoïdes. Th. doct. Paris, 1860.

Mazza. — Del cardiopalmo nervoso. Ann. univ. di med. 1871.

Marchioli. — Del cardiopalmo nervoso. Gaz. Med. Ital. Lomb. 1873.

Marchesson et Daukin. — Brit. Med. Journal, 1874.

Marsat. — Th. doct. Paris, 1875.

Marieux (L.) — Obs. d'Angine de Poitrine, in thèse. Paris, 188?.

Murril (W.) — The Lancet fev. 1875.
M'Call Anderson. — Glascow Med. Journal, juillet, 1882.
Madden. — In the Practitionner, 1872.

Nothnagel et Rossbach. — Matière medic. Traduct. franç. 1880.— Angine de Poitrine mortelle.
Nothnagel. — Ang. Pect. vaso motrice. Deutsches Arch. für Klin. Med. 1867.

Ollenroth. — Dissert. de Ang. Pect. Leipzig, 1822.
Osborne. — On Ang. Pect. Med. Times and Gaz. 1862.
Ogle. — Brit. and for Med. Chir. Review, 1870.
Osgood. — The amer Journal of the Medic. Sciences. Philadelphia, 1875.

Paul (Constantin). — Diagnostic et traitement des Maladies du cœur, Paris 1883. Bulletin Ac. Méd., 25 décembre 1883, p. 1524-1525.
Parry. — An inquiry into the symptoms and causes of the syncope anginosa. Londres, 1799.
Péter. — Leçons de Clin. Med. — Traité des Maladies du cœur. — Angine de Poitrine névritique et névralgique. Union Médic. 1873.
Papillaud. — De l'Angine de Poitrine et de son traitement par le Bromure de Potassium. Anvers, 1873.
Potain. — Palpitations théiques, in Semaine Médic, 1885. Congrés de l'Assoc. franç. Paris, 1878. Art. anémie du Dict. encycl. des Scienc. Méd. t. IV.
Potain et Rendu. — Art. Cœur. Pathologie. Dict. encycl. des Sciences Médic.
Poulin. — De l'Aortite aiguë, in Gaz. hebd. de Méd. et Chir.
Pennel et H. Huchard. — Obs. d'Angine de Poitrine et d'Aortite chronique, in Rev. de Méd. 1883.
Parrot (J.) — Art. Angine de Poitrine. Dict. encycl. des Sciences Méd. 1870.
Percival. — Case of Ang. Pect. Med. Comment. Londres, 1773.
Pasquali. — Sull'Ang Peet. in la Liguria Medica, 1863.
Philipp. — Stenocardia. Berliner Klin. Woch, 1865.
Price. — Case of Ang. Pect. Philadelphia. Med. Times, 1871.
Piorry. — Traité de Diagnostic. Paris, 1840. Bulletin clin. n° 9.
Peacok. — Dimensions of the heart in health and diseases. Montly Journal, 1854. — Causes and effects of valvular diseases of the heart. London, 1865.
Pitres. — Des Hypertroph. et dilat. card. Th. d'agrég. Paris, 1878. Journal de Médecine de Bordeaux, juin 1886.
Picot. — Leçon de Clin. Méd. 1884.
Pennel. — Obs. d'Angine de Poitrine, in Journal de Méd. de Paris, août 1886.

Quain (R.) — On falty disease of the hearth. London, 1851.

Rougnon. — Lettre à M. Lorry. Besançon, 1768.
Raige-Delorme. — Art. Angine de Poitrine. Dict. in 30 V. t. III. 1883.
Renault (J.) — Stéatose card. Angine de Poitrine. Lyon Med. Journal, 1880.

Robert Massalongo. — Dell' Arterite cronica generalizzata. Riv. Veneta di Sc. Med. 1885,

Riberi. — Obs. d'Angine de Poitrine, in Gazette des Hôpitaux, 1840.

Régnier, de Surgères. — Obs. d'Angine de Poitrine. De la Mélancolie simple. Paris, 1885.

Rendu. — Aortite chronische. Symptômes d'Angine de Poitrine. Mort subite. Bulletin de la Soc. anat. 1874. — De l'influence des Maladies du cœur sur le foie et réciproquement. Paris, 1881, couronné par l'Acad. de Méd.

Richter. — Ueber Chronische Nicotinvergiftung durch abusus im cigarrenrau chen. Arch. f. Psych. und Nervenck, 1879.

Reid. — On the use of oxygène gas in Ang. Pect. Transact. of the College of physic in Ireland. Dublin, 1817.

Renzi. — Sull'Ang Pect. vaso motrice. Nuova Liguria Med. 1871.

Roses (J.) — A treatise on the diseases of the nervous system. London, 1881.

Rosenbach. — Neurasthenia vaso-motoria. Breslauer Arsliche Zeitschrift 1886.

Ring. — Med. and phys. Journal d'Edimburg, 1807.

Roussy. — De l'Angine de Poitrine. Thèses de Paris, 1884.

Rigal et Juhel-Leroy. — Arch. gén. de Méd. 1881.

Robin (A.) — Obs. de rupture du cœur, in Gaz. hebd. de Méd. et Chir. 1885.

Riccotti. — Obs. d'Angine de Poitrine, in Repert di Med. 1886.

Rosa et Galasso. — Trattado del morti del cuore. Napoli, 1860.

Raynaud. — Article Péricardite du nouveau Dict. de Méd. et Chir. pratiques, t. XXVI.

Renaut (J) et Landouzy. — Note sur les altér. du myocarde accompagnant l'inertie cardiaque. Soc. de Biologie, 15 juillet 1877.

Raynaud (Maurice). — De l'asphyxie locale et de la gangr. symétrique des extr. Th. doct. Paris, 1862.

Spring. — Traité des accidents morbides, t. I.

Schmidt. — Médec. Comment. Edimbourg, 1971. — Dissert. de Ang. Pect. Gœttingue, 1793.

Stöller. — In Hufeland's Journal.

Schaeffer. — Disp. de Ang. Pect. Göttingue 1781.

Seegen. — Obs. d'Angine de Poitrine, in des Diabètes mellitus. Berlin, 1875.

Sée (G.) — Du Diagnostic et du Traitement des Maladies du cœur. Paris, 1879. — Leçons sur l'Angine de Poitrine. France Médic. 1876.

Sluis. — Dissert. de Sternodynia. — Syncop et palpit. Groningue, 1802.

Schramm. — Comment. pathol. de Ang. Pect. Leipzig, 1822.

Surmay. — Union Méd. 1866.

Stevens. — Anomalous case of Ang. Pect. Boston Medic. Journal, 1872.

Savalle. — Revue Médic. 1863.

Stokes. — Maladies du cœur, trad. par Sénac, 1864.

Simon (J.) — Clinique in Gaz. des Hôpitaux, 5 octobre 1886. — De l'Adénopathie bronch. en général. Gaz. des Hôpit. 1886.

Seitz (J.) — Deutsch. Arch. f. Klin. Med. 1873 et Die Ueberanstrengung des Herzens Berlin, 1875.

Spillmann (P.) — Arch. gén. de Méd., janvier, 1876.
Skoda. — Névralgie cardiaque. Clinique Européenne.
Simon (Ch.) — Des Paralysies, névralgies et troubles vaso-moteurs après l'intoxication par le gaz oxyde de carbone. Th. doct. Paris, 1883.
Sydenham. — Med. Prat. trad. de Jault.

Trousseau. — Clin. Médic. t. II, art. Angine de Poitrine.
Tode. — Diss. des inflam. pect. chron. Ang. Pect. Copenhague, 1788.
Thompson. — Med. Times and Gaz. 1870.
Thurn. — Syncopa, Epilep. acuta vasomotoria. Deutsche Militar Zeitsch, 1875.
Treadwell. — Boston Med. and Surg. Journal, 1872.
Teallier. — Bulletin des travaux du Cercle Médical de Paris, 1826.
Tillaux. — Des Affections chir. des nerfs. Thèse d'agrég. Paris, 1866.

Ullersperger. — Die verschiedenen älteron Ansichten über die Ursache der Ang. Pect. Neuwied und Leipzig, 1865.

Valleix. — Des Névralgies. Paris, 1841.
Vergely. — Congrès Médical de Bordeaux 1865. De l'Angine de Poitrine dans ses rapports avec le Diabète. Gaz hebd. 1883.
Viguier. — De l'Angine de Poitrine rhumatismale. Th. doct. Paris, 1873.
Vulpian. — Obs. d'Angine de Poitrine, in Clin. Méd. de la Charité.
Vallin. — Obs. d'Angine de Poitrine, tabagique. Journal de la Santé publique, 1883.

Wichmann. — Ideen zur diagnostik, 2e édit. Hanovre, 1861, t. I. p. 143.
Walter-Moxon. — Aortite chronique. Ang. Pect. in Lancet, 1881.
Wall. — On the Ang. Pect. Medic. Tracts. Oxford, 1779.
Wolf. — De Ang. Pect. Leipzig, 1825.
Wilson. — Case of sudden death from Ang. Pect., with remarks. Edimburg. Med. Journal, 1874.
Worms (J.) — Contribution à l'étude du Diabète. — Des Névralgies symétriques déterminant le Diabète. Acad. de Méd. 1880 et Gaz. hebd. décembre 1880.

Zecchinelli. — Sulla Ang. del Petto e sulle morti repentine. Padoue, 1814.
Zunker. — Ein fall von dilat. Berlin, Klin. Woch, 1877.

AUTEURS CITÉS

A

Armaingaud, p. 17-18-60-63-354-383-476-534-535-337.
Axenfeld et Huchard, p. 33-34-84-120-162-293-352-377-390-419-423-429-441.
Aurivilius, p. 50.
Anger (B.), p. 75-146.
Aran, p. 258-535.
Amez-Droz, p. 266-503-505-509.
Allan-Burns, p. 276.
Andral, p. 303 à 305-404-417.
Averardi, p. 342.
Arnaud, p. 352-406-416-417-426-431.
Arloing et Tripier, p. 431-432.
Arsonval (D'), p. 433.
Allan Mac Lane, p. 440.
Aubert et Dehn, p. 444.
Audry (Ch.), p. 461-485.
Anstie, p. 503.
Aune, p. 541.
Alexander, p. 549.
Alglave, p. 557.
Arcari, p. 565.

B

Butter, p. 2-5-124-166-375.
Baumes, p. 2-6-19-29-375-376-429.
Bréra, p. 2-6-343-344.
Bartelletti, p. 2.
Baillou, p. 3.
Bouchut, p. 7-33-39-84-94-293-309-377-390-593.
Beau, p. 7-33-125-173-175-191-193-200-320-326-339-350-364-377-384-431-477-488.
Bacher, p. 15.
Bouvard, p. 15.
Bernheim, p. 22-24-90-307-319-378-384-388-485-488.
Blackall, p. 26-58-59-152-166-282-349-369-434-584.
Bourdin, p. 38.
Broca, p. 42.
Burq. p. 108-538.
Barié, p. 125-128-321-342.
Broadbent, p. 125.
Bessette, p. 165.
Bergins, p. 166-387.
Barthez, p. 166.
Bouchard, p. 167.
Bazin, p. 178-387-388.
Berger, p. 188.
Bouchardat, p. 188.
Brémond (Félix), p. 189.
Boerhaave, p. 190.
Bertillon, p. 193.
Bullard-William, p. 205.
Binz, p. 217.
Bucquoy, p. 226-232-353-261-293-325-341-386-404-585.
Babinski, p. 250-292-403.

Briquet, p. 258.
Bazy, p. 276-295-302-402.
Black, p. 276-314-338-347.
Bianchi, p. 277.
Brown-Sequard, p. 279 280-322-413-438-431-436.
Baretti, p. 295-339-341-398.
Boyer (Ch. de) p. 309.
Bloch, p. 309.
Bar (J), p. 319.
Blot, p. 340-394.
Bourgougnon et Bouquet, p. 320.
Badout, p. 322.
Bergson, p. 342.
Butler, p. 353-387.
Bretonneau, p. 376.
Bouillaud, p. 376-404-417-563.
Bidder, p. 379-428.
Braun, p. 387.
Bax, p. 388.
Blatin, p. 389.
Bamberger, p. 391.
Bourru, p. 398-511-512-313.
Boncourt, p. 402.
Bochefontaine et Bourceret, p. 404-419.
Burns, p. 407.
Blachez, p. 416-418.
Balfour, p. 423-551-563.
Bowditch, p. 428-429.
Berstein, p. 428.
Bax, p. 429.
Bernard (Cl.), p. 431-443.
Bream-Honckgeest, p. 433.
Bach et Oser, p. 442.
Boileux, p. 461.
Boucheron. p. 485.
Byron-Bramwell, p. 485.
Bourneville, p. 504-510.
Bader, p. 510.
Barral (Du), p. 510.
Berthelot, p. 510.
Baker Edward, p. 510-512.
Brady (S'), p. 512.
Boissy, p. 511.
Bruel, p. 511-512.
Buroughs, p. 514.
Barthe, p. 520.
Birz, p. 520.
Buttin, p. 520.
Bordeu, p. 527.
Brown, p. 527.
Bordier, p. 527.
Becquerel, p. 536.
Bouillet, p. 536.
Beni-Barde, p. 542.
Belugou, p. 553.
Benckart, p. 555.
Bacquias, p. 573-574.

C

Cœlius Aurelianus, p. 2.
Corrigan, p. 7-25-232-257-258-293-377-385-399.
Clarendon, p. 16.
Canstatt, p. 25.
Capelle, p. 40.
Caron, p. 42-46-166.
Chauffard, p. 42.
Caizergues, p. 56.
Constantin (Paul), p. 73-256-323-417-504-589.
Colin, p. 162-164-278.
Cuffer, p. 75.
Charcot, p. 85-87-157-188-257-425-485.
Cordes, p 95-96.
Cros, p. 116-553.
Capelle, p. 121-125.
Cardarelli, p. 143-386-461.
Cuny Florian, p. 199-200.
Colson, p. 200-477.
Curci, p. 216.
Clément, de Lyon, p. 227.
Cornil, p. 228-325.
Crell. p. 277.
Chalmers, p. 279.
Cohnheim, p. 281-411-420.
Choyau, p. 300-392-401.
Corvisart, p. 303-316-417.
Chéron. p. 307 à 309.
Clifford-Albutt, p. 319-411-488-585.
Da Costa, p, 319.
Combal, p. 322.
Cyon, p. 379-541.
Cahen, p. 381-451.
Cazeaux, p. 385.

Chauveau, p. 413-433.
Chomel, p. 417.
Chirac, p. 419.
Coutenot, p. 432.
Cartaz, p. 434.
Cahours et Etord, p. 441.
Coriveaud, p. 497.
Cahours, p. 523-524.
Cullen, p. 527.
Craig, p. 515.
Calvo, p. 519.
Carrière, p. 529.
Chuckerbutty, p. 563.

D

Darwin, p. 2-166-375-387.
Desportes, p. 6-10-29-30-31-37-47-58-125-353-371-376-419-433-454-481.
Dionis, p. 12-13-314.
Daguin, p. 12-13
Dulestre, p. 12.
Diderot, p. 14-15-16.
Delpeche, p. 42.
Dieulafoy, p. 68-69-218 à 221-434-453-476.
Duchenne, de Boulogne, p. 72-535.
Duchesne, p. 13.
Dulestre, p. 13.
Dreyfus-Brisac, p. 77-187-349-351-355-386.
Demarquay, p. 97
Dubois (A.), p. 101-106-107.
Daubresse, p. 145-461.
Duguet, p, 148.
Decaisne, p. 193.
Dutrouleau, p. 215-489.
Duplaix, p. 225.
Dujardin-Beaumetz, p. 231-529-535.
Dance, p. 277.
Drelincourt, p. 277.
Deidier-Senac, p. 277.
Du Cazal, p. 285.
Dehio Karl, p. 288-415.
Ducrest, p. 320-384.
Durozier, p. 320-384-514.
Debove, p. 326-327.
Dauner, p. 335.
Deniau (L.), p. 355.
Drasche, p. 387.
Duchek, p. 391.
Debord, p. 409.
Dastre et Morat, p. 428-431.
Donders, p. 430.
Dubois-Reymond, p. 440.
Drysdale, p. 441.
Da Costa, p. 489.
Desnos, p. 489.
Dugau, p. 504.
Douglas Lithgow, p. 506.
Dudgeon, p. 511.
Delmas, p. 542.
Dubois (de Villers-Bretonneux), p. 538.
Dancel, p. 583-588.
Diday, p. 590.
Demange, p. 594.
Dreschfeld, p, 563.

E

Elsner, p. 2-5-166-375-397-433.
Eichwald, p. 22.
Eulenburg, p. 25-93-192-391-427-440-536.
Eloy, p. 207-390-556.
Erichson, p. 419.
Eckhard, p. 428.
Eichhorst, p. 458.
Ermanger (Van), p. 503.
Elliotson, p. 541.

F

Fothergill, p. 5-19-20-34-70-314-338-347-374-391-421-587.
Fagon, p. 12.
Félix, p. 12-13.
Forbes, p. 27-32-37-375-377,432.
Frank (J.), p. 34-125-150-167-173-174-210-277-303-342-348-349-350-353-407-416-431-588.
Fonssagrives, p. 50-376.
Féré, p. 120-440.
Fuller, p. 126-127-282.
Fauvel (A.), p. 157.
Fournier, p. 176-590.
Friedreich, p. 187-290-434.

Fick, p. 217.
Fabre, de Marseille, 257-466-488.
Fritz, p. 281.
Frank (Fr.), p. 322-405-408-411 à 414-429-430-504.
Fräntzel, p. 410.
Fischer, p. 440.
Frederichs, p. 486.
Filehne, p. 504-506.
Forest, p. 506.
Field, p. 511.
Fulter, p. 514.
Farquehar, p. 516.
Fleury (De) p. 523 à 526.

G

Gauthier, de Charolles, p. 6-23-25-34-35-37-38-80-81-100-114-139-175-176-196-223-286-415-423-435-436 à 439-483.
Gintrac, p. 7-20-21-30-33-34-232-271-292-376-377-385-399-434-454.
Gervais, p. 12-13.
Guéneau de Mussy, p. 17-305-433-468-529.
Graves, p. 22-41-191-378.
Grisolle, p. 29-40-49-346.
Gairdner, p. 30-276-505.
Gosselin, p. 50.
Guérin, p. 58-59.
Gasquet, p. 79-216-364.
Glascow, p. 85.
Galezowski, p. 120-440.
Griffin (W. et D.), p. 153.
Gilbert Blanc, p. 167.
Gubler, p. 176-466-578.
Graux, p. 197.
Guelliot, p. 210.
Gendrin, p. 258.
Gallardi (A.) p. 278.
Guttmann, p. 295-417-427-504.
Ganghofner, p. 319.
Gros et Lancereaux. p. 388.
Gallard, p. 422.
Goltz, p. 422-427.
Goubaud, p. 425.
Gaskell, p. 428-431.
Gourdon Fromentel, p. 434.
Gamgee, p. 503-505.
Goodhart, p. 503.
Giacosa, p. 505.
Garel, p. 538.
Greuel, p. 548.
Garin, p. 549.

H

Heberden, p. 2-7-14-21-29-66-276-348-353-429-526.
Hoffmann, p. 3-271-309.
Hamilton, p. 5-40-429.
Hooper, p. 5.
Haygarth, p. 5-338-374.
Halle, p. 6.
Huchard, p. 7-23-24-30-33-34-35-40-67-68-69-82-89-95-96-97-103-104-105-108-120-125-126-129-130-150-154-155-156-164-175-177-187-290-201-206-209-213-222-226-227-228-229-245-248 à 250-257-283-284-292-323 333-348-350-354 à 357-373-391-393-398 à 405-407 à 409-421-423-424-432-433-435-436-441-434 à 456-457 à 461-466-467 à 479-481 à 485-488-490-501 503 à 510-526 à 529-536-539-542 à 544-551 à 555-559-562 à 579-587-589-590.
Hunter, p. 16-22-31-42-350.
Heine, p. 25-295-340-386.
Homolle, p. 38.
Hillairet, p. 42-68-69-476.
Hérard, p. 192-285-292-403-407-415 423.
Hammond, p. 115-440.
Hardy, p. 157-178-387.
Hasse, p. 166.
Hébert, p. 176.
Horst, p. 177.
Hutinel, p. 187-342.
Hamernick, p. 215-326.
Hodgson, p. 256.
Hope, p. 258.
Horns, p. 279.
Haddon, p. 294-341.
Hubert, p. 303-411.
Hinterberger, p. 320.
Habershon, p. 322.

Handfield-Jones, p. 355.
Hesse, p. 387.
Home (Ev.), p. 392.
Hering, p. 413-433-511.
Hyrtl, p. 418.
Hommer, p. 418.
Harvey (G.), p. 422.
Haller, p. 422.
Heidenhain, p. 428.
Hervé de Chégoin, p. 447.
Hamilton et Carroll, p. 440.
Heger, p. 442.
Holmes (Lucien), p. 445.
Hurd, p. 485.
Haspel, p. 489.
Hœstermann, p. 505.
Hinton, p. 510.
Harley, p. 514.
Hay Matthew, p. 519 à 521.
Hoffmann, p. 523.
Hufeland, p. 527.
Hayem, p. 541.
Holsbeck, p. 536.
Huebner, p. 536.

I

Isnard, p. 225-559-560.

J

Johnstone, p. 5-166-172.
Jahn, p. 5-430.
Jurine, p. 6-8-14-16-19-20-24-27-26-42-353-362-367-369-376-419-454-588.
Jaccoud, p. 7-22-115-273 à 275-281-373-389-410-426-467-482-564.
Jenner, p. 309-374-407.
Juhel-Renoy, p. 39-327 à 333-471.
Jacquemin, p. 98 et 99.
Judée, p. 430.
Jolyet, p. 432-505.
Johnson (G.), p. 506.
Jameson, p. 516.

K

Kleefeld, p. 7-360.
Koutchopki, p. 7.
Kredel, p. 24.
Koop, p. 39.
Kreysig, p, 50-166-258-277-375-407-423-435.
Krishaber, p. 115-435.
Kelsh, p. 164.
Kennedy, p. 419.
Kölliker, p. 428.
Koths, p. 433.
Kobert, p. 445.
Kirsch, p. 491.
Korcinski, p. 513-516.
Keller, p. 542.
Kutz, p. 583.

L

Lartigue, p. 2-7-14-20-26-32 à 38-42-46-187-278-293-326-370-377-399-415-427-454.
Lorry, p. 4-5.
Lancereaux, p. 7-25-33-81-175-176-292-293-326-388-399 à 402.
Laënnec, p. 19-21-356-376-377-421-434-451-481-537.
Liégeois, p. 21-22-23-24-34-78-90-91-92-98-101-106-217-136-149-150-141-154-157-168-178-191-168-199-222-223-231-237-239-241-252-254 à 259-262 à 268-271-279 à 281-307-309 à 311-319 à 324-350 à 352-355-383-385-389-390-392-396-407 à 435-436-439 à 446-450-458-461-468 à 471-483-485-487-488-528-532-536-539-541-548 à 550-561-562-565-579.
Landouzy, p. 33-51-83-92-150-156-338-356-461-484-485.
Larrey, p. 53.
Letiévant,, p. 53.
Lassègue, p. 53-56-74-75-77.
Lélion, p. 70-476.
Larauzat, de Dax, p. 73.

Landois, p. 93.
Léoni, p. 101-107.
Liveing, p. 120.
Leared, p. 125-458.
Lecorché, p. 131-172-186.
Lescaux, p. 142.
Laqueur, p. 142-143-461.
Letulle, p. 152-158-187-201-326-393-477.
Levieux, p. 181.
Leudet, p 198-398-412-488.
Liébault, p. 200-477-526.
Laborde, p. 209-428-527.
Lefevre, p. 216.
Lippert, p. 223.
Léger (H.), p. 232 à 238-240-242-253-271-312-460.
Lasègue (Professeur), p. 256-297.
Lieutaud, p. 277.
Loupias, p. 278-282-283-293-400 à 402.
Ludfield, p. 283.
Leroux, p. 284.
Lussana, p. 290-349-386-399.
Liebermeister, p. 309.
Leyden, p. 318.
Levy, p. 319.
Larcher, p. 320-384.
Lichtein, p. 322.
Lepiez, p. 335 et 336.
Lechevrel, p. 345.
Lecchinelli, p. 348.
Ludwig. p. 389-428.
Laboulbène, p. 388.
Leven, p. 390-444.
Lecorché, p. 397.
Lagrolet, p. 405.
Ledentu, p. 412.
Lefort (Léon), p. 423.
Luciani, p. 428.
Luchsinger, p. 428.
Lente, p. 429.
Lathans, p. 429.
Luciani et Chirone, p. 430.
Legros et Onimus, p. 431.
Littré et Robin, p. 433.
Law (R.), p. 438.
Leclerc, p. 457-485.
Lauder-Brunton, p. 503-505 à 509.
Landais et Nothnagel, p. 505.
Lucas (de), p. 523.
Lutaud, p. 529.
Lowenfuld, p. 536.

M

Morgagni, p. 3-4-176-258-353.
Mac-Bride, p. 5-40-429.
Maloet, p. 15.
Marchandon, p. 20-28.
Mery, p. 20.
Millar, p. 39.
Mac-Dowal, p. 84.
Meissner, p, 176.
Martin-Damourette, p. 40.
Massalongo (R.), p. 50-176 256-257-467.
Millot, p. 83-481.
Marie, p. 33-85-89-93-144-175-461-485.
Mendelsshon, p. 87-88.
Macqueen, p. 124.
Martinet, p. 152-158-292 295-297-389-391-394 à 396-406-415-421-422-426-442-443-449-462-464-486-550.
Malcom-Macqueen, p. 156-171-353-397.
Morel, p. 193.
Morton, p. 205.
Mays Thomas, p. 210-529.
Moursou, p. 214.
Mauriac, p. 258-410.
Masse, p. 297 et 298.
Mac Donald Hood, p. 307.
Myers, p. 319 488.
Munzinger, p. 319,
Mahot, p. 321.
Marchand, p. 342.
Marx, p. 343.
Monneret et Fleury, p. 376.
Marchal, de Calvi, p. 387.
Marey, p. 412-428.
Müller, p. 413.
Magendie, p. 414.
Merunovich, p. 428.
Moleschott, p. 431.
Mathias-Duval, p, 434.
Mollendorf, p. 440.
Malapert, p. 441.
Macdowall, p. 485.
Maillot, p. 489.

Marsat, p. 504-510.
Mayer et Friedrich, p. 504.
Herriès Maden, p. 506-508.
Manzy, p. 506.
Marchisson et Dankin, p. 509.
Mayer, p. 513.
Marieux, p. 512-517-518.
Murrell (W.), p. 515.
Mayo-Robinson, p. 515.
M'Call Anderson, p. 516.
Malgaigne, p. 533,
Martindall, p. 517.
Mollière, p. 584.

N

Nothnagel, p. 200-477.
Nesley Mills, p. 210.
Norman-Chevers, p. 232.
Nivert, p. 269.
Nothnagel et Rosbach, p. 504.-563.
Nivelet, de Commercy, p. 536.

O

Orfila, p. 189.
Odier, p. 348.
Ogle, p. 416.
O'Brion, p. 422.
Ow Janniskow, p. 432.
Osgood, p. 485.
Ozil, p. 504.
Onimus, p. 534-537.
Oscheilden, p. 527.

P

Parry, p. 2-6-7-23-276-348-353-374-375-406-430-461.
Pelagot, p. 7.
Piorry, p. 7-33-377-381-448.
Peter, p. 7-43-50-81-100-115-120-121-122-127-143-152-158-175-176-190-193-197-199-209-217-230-255-257-260-261-266-271-276 281-292-292-294-298 à 301-306-311-325-326-228-350-351-354-382-389-391-400 404-405-410-416-433-449-451-453-460 461-492-542-561-580 à 583-594.
Parrot, p. 7-258-283-293-314-377.
Paulet (A.), p. 23.
Papillaud, p. 31-37-44-194-481-549.
Peisse, p. 42.
Paul, d'Avignon, p. 53.
Pineau, p. 53-54.
Perrin (M.), p. 169.
Perry, p. 170.
Plancus, p. 176.
Pitres, p. 181-319-384-403-411-558.
Pouchet, p. 209.
Percival, p. 210.
Poulin, p. 238.
Potain, p. 7-54-55-77-109-125-135-206-280-321 à 324-342-343-345-386-393-393-407-423-424-443-455-460-478-534.
Potain et Rendu, p. 409 et suivantes.
Pidoux, p. 73-178-541.
Pennel, p. 245-415-494.
Pasta (J.), p. 258.
Peacok, p. 319-488.
Picot, p. 321.
Pinel, p. 375.
Pasquali, p. 391.
Poincarré, p. 427.
Peton, p. 445.
Pick, p. 504-505.
Piedvache, p. 513.
Picard, p. 527.

Q

Quain, p. 281-314-411.

R

Rougnon, p. 4-80-374.
Robin (A.), p. 9-335-337-417.
Raige-Delorme, p. 26-34-375.
Renaut (J.), de Lyon, p. 27-28-72-73-98-138-140-210-211-371-587.
Rigal, p. 31-82-327-329-388-485.
Raynaud (Maurice), p. 42-404-537.
Ribéri, p. 57-534.
Raillard, de Dax, p. 70-72-73-98-170-341-476-550-552.
Régnier, de Surgères, p. 1.2.
Rendu, p. 129-130-131-132-353.

Roussy, p. 174-175-286-289-290-316-415-419.
Ricord, p. 176.
Rosembach, p. 188-200.
Rochard, 183-231.
Richter, p. 201-444-477.
Ring, p. 276.
Reinhold, p. 277.
Rains, p. 281.
Ruissel-Reynolds, p. 302.
Rendu, p. 321-386-437.
Ranvier et Cornil, p. 325.
Renaut et Landouzy, p. 338-411.
Riccotti, p. 344.
Remack, p. 379.
Rosenstein, p. 387.
Raymond, p. 387.
Romberg, p. 390.
Rosa et Galasso, p. 391.
Richerand, p. 422.
Rossbach, p 428-477.
Ranvier, p. 428.
Rutherford, p. 429.
Richardson, p. 432-503-505.
Rosenthall, p. 432-441.
Rose, p. 441.
Recamier, p. 448.
Racle, p. 451.
Regnazd, p. 505.
Ranterghem (Van), p. 5 4.
Relchert, p. 520.
Reid, p. 541.

S

Schmidt, p. 2-21-25-42-166-177-429.
Stöller, p. 2-152-166.
Schäeffer, p. 5-166-375-387-414.
Sée (G.), p. 7-33-34-266-317-325-356-382-401-407-417-419-421-423-424-434-435-441-442-488-542-564.
Sénèque, p. 7-8-16.
Séron, p. 12-13.
Spring, p. 33.
Swan, p. 53.
Séegen, p. 179.
Siredey, p. 201-477.
Stokes. p. 210-259-326-375-416-418-420.
Senac, p. 217.
Sluis, p. 276.
Samuelson, p. 279-280.
Simon (J.), p. 306-339.
Seitz, p. 319-585.
Spilmann (P.), p. 319-488.
Sobernheim, p. 326.
Stein, p. 326.
Sauvage, p. 373.
Stephen, p. 387.
Skoda, p. 391.
Simon (Ch.), p. 398.
Strümpell, p. 411.
Schiff, p. 419-428-431-433.
Schultess-Rechberg, p. 420.
Stannius, p. 428.
Souza (A. de) p. 428.
Sabatier, p. 433.
Seligmüller, p. 440.
Schlasing, p. 440.
Stewart, p. 444.
Schüller, p. 504.
Schramm, p. 504.
Sobrero, p. 511.
Sitls, p. 516.
Sydenham, p. 527.
Sokolowski, p. 564.

T

Téallier, 67-78-391.
Trousseau, p 7-21-25-27-114-118-119-120-143-152-153-167-168-174-175-179-273-343-349-353-356-377-386-388-391-423-434-461-541-580.
Tronchin, p. 15.
Tuczek, p. 24.
Thermes, p. 202-477-542 à 548.
Thebesius, p. 277,
Tommassi, p. 513.
Thurn, p. 319-412.
Treadwell, p. 319.
Teissier, p. 322-549.
Tarchanoff, p. 430.
Tripier, p. 434.
Turnham, p. 452.
Talfard-Jones, p. 506.
Tillaux, p. 533.
Trélat, p. 541.
Testa, p. 579.

U

Union Médicale, p. 283.
Ullersperger, p. 342.

V

Wichmann, p. 5-25-167-353-362.
Valleix, p. 7-17-74-381-451.
Viguier, p. 25-152-158-159-161-404.
Walsh, p. 31.
Watson, p. 34.
Weir Mitchell, p. 53-351-520.
Vergely, p- 64-170-171-179 à 187-307-397-476-520-551.
Villemin (M.) p. 163.
Virchow, p. 176-281-375-411.
Vulpian, p. 177-188-322-387-419-434-440-442-510-512-514-539.
Vallin, p. 193-195-196-443-444-553.
Von Basch, p. 217.
Walter-Moxon, p. 241-281-415.
Wall, 257-276-342-375.
Wilks, p. 269.
Wadham, p. 278-316-317.
Williams, p. 282.
Vimont, p. 323.
Worms (J.) p. 357.
Werger, p. 411.
Wintrich, p. 413.
West Samuel, p, 417-418.
Volkmann, p. 429.
Weber (E. et H.), p. 431-582.
Valentin, p. 431.
Wohl et Eulemburg, p. 441.
Wood-Horatio, p. 503-505.
Veyrières, p. 504.
Wilks, p. 506-507.
Weir-Mitchell, p. 520.
Wertheim, p. 523.
Wurtz, p. 524.
Verneuil, p. 534.

Z

Zunker, p. 319.
Zambaco, p. 320-384.
Ziegler, p. 411.
Zeis, p. 441.

IMPRIMERIE DE SURGÈRES (Ch.-Inf^re). J. TESSIER

Coll. Ro
1/12/7